



MEMOIRE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

BLANCHET Laurianne
MAZA LIZZI Delphine

**ANALYSE DU PROCESSUS DE REGRESSION DU
BEGAIEMENT CHEZ L'ADULTE :**

*Etude de trois cas d'adultes porteurs de bégaiement dans le
cadre d'une prise en charge par une thérapie cognitivo
comportementale de groupe.*

Maître de Mémoire

BRIGNONE-Raulin Sylvie

Membres du Jury

PEILLON Anne
DORDAIN Annette
DUCHENE Annick

Date de Soutenance

3 juillet 2008

ORGANIGRAMMES

1. Université Claude Bernard Lyon1

Président
Pr. COLLET Lionel

Vice-président CEVU
Pr. SIMON Daniel

Vice-président CA
Pr. LIETO Joseph

Vice-président CS
Pr. MORNEX Jean-François

Secrétaire Général
M. GAY Gilles

1.1. Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Grange
Blanche
Directeur
Pr. MARTIN Xavier

U.F.R d'Odontologie
Directeur
Pr. ROBIN Olivier

U.F.R de Médecine Lyon R.T.H.
Laennec
Directeur
Pr. COCHAT Pierre

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur
Pr. LOCHER François

U.F.R de Médecine Lyon-Nord
Directeur
Pr. ETIENNE Jérôme

Institut des Sciences et Techniques de
Réadaptation
Directeur
Pr. MATILLON Yves

U.F.R de Médecine Lyon-Sud
Directeur
Pr. GILLY François Noël

Département de Formation et Centre
de Recherche en Biologie Humaine
Directeur
Pr. FARGE Pierre

1.2. Secteur Sciences :

Centre de Recherche
Astronomique de Lyon -
Observatoire de Lyon
Directeur
M. GUIDERDONI Bruno

I.S.F.A. (Institut de Science Financière
et D'assurances)
Directeur
Pr. AUGROS Jean-Claude

U.F.R. Des Sciences et
Techniques des Activités
Physiques et Sportives
Directeur
Pr. COLLIGNON Claude

U.F.R. de Génie Electrique et des
Procédés
Directeur
Pr. CLERC Guy

U.F.R. de Physique
Directeur
Mme FLECK Sonia

U.F.R. de Chimie et Biochimie
Directeur
Pr. PARROT Hélène

U.F.R. de Biologie
Directeur
Pr. PINON Hubert

U.F.R. des Sciences de la Terre
Directeur
Pr. HANTZPERGUE Pierre

I.U.T. A
Directeur
Pr. COULET Christian

I.U.F.M.
Directeur
M BERNARD Régis

I.U.T. B
Directeur
Pr. LAMARTINE Roger

Institut des Sciences et des
Techniques de l'Ingénieur de Lyon
Directeur
Pr. LIETO Joseph

U.F.R. De Mécanique
Directeur
Pr. BEN HADID Hamda

U.F.R. De Mathématiques
Directeur
M. GOLDMAN André

U.F.R. D'informatique
Directeur
Pr. AKKOUCHE Samir

2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Pr. MATILLON Yves

Directeur de la formation
Pr. TRUY Eric

Directeur des études
BO Agnès

Directeur de la recherche
Dr. WITKO Agnès

Responsables de la formation clinique
PERDRIX Renaud
MORIN Elodie

Chargée du concours d'entrée
PEILLON Anne

Secrétariat de direction et de scolarité
BADIOU Stéphanie
CLERC Denise

REMERCIEMENTS

Nous remercions chaleureusement :

Nous remercions Sylvie Brignone pour ses conseils, son accueil chaleureux, son soutien et sa confiance.

Merci aux patients qui nous ont gentiment accueillies lors des séances de groupe, et pour le temps passé à répondre à nos questions. Grâce à eux nous avons mieux compris ce qu'est le bégaiement.

Merci à Agnès Witko pour la rigueur et la qualité de ses conseils qui nous ont aidé à avancer dans la construction de ce mémoire.

Merci à nos conjoints et nos familles pour leur patience et leur soutien moral.

SOMMAIRE

ORGANIGRAMMES	2
REMERCIEMENTS	5
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION	8
PARTIE THEORIQUE	10
I. L'ETIOLOGIE DU BEGAIEMENT : UNE ABSENCE DE CONSENSUS A L'ORIGINE DE NOMBREUSES APPROCHES THERAPEUTIQUES	11
II. DANS TOUS LES CAS, UN TROUBLE GLOBAL DE LA COMMUNICATION	13
III. LA THERAPIE COGNITIVO COMPORTEMENTALE DE GROUPE : UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DU TROUBLE DE COMMUNICATION DU BEGAIEMENT.....	20
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	27
PARTIE EXPERIMENTALE	29
I. DEMARCHE EXPERIMENTALE CHOISIE	30
II. RECUEIL ET TRAITEMENT DES DONNEES	34
PRESENTATION DES RESULTATS	47
I. LECTURE DES RESULTATS : LES DIFFERENTS GRAPHIQUES	48
II. RESULTATS QUANTITATIFS : REGARDS CROISES SUR L'EVOLUTION DES DIFFERENTES COMPOSANTES.....	50
III. RESULTATS QUALITATIFS	59
DISCUSSION DES RESULTATS	63
I. SYNTHESE DES RESULTATS PAR RAPPORT A NOS HYPOTHESES	64
II. LES OUTILS DE NOTRE EXPERIMENTATION : LES BIAIS POSSIBLES	66
III. DISCUSSION DE NOS HYPOTHESES	71
IV. L'OBJECTIF FACE AU BEGAIEMENT : REGRESSION DU TROUBLE OU MAITRISE DE LA RECIDIVE ?	74
CONCLUSION	76
BIBLIOGRAPHIE	77
ANNEXES	80
ANNEXE I : LE CONTENU DES SEANCES DE NOS TROIS MESURES	81

ANNEXE II : DONNEES BRUTES DE LA VARIABLE « DYSFLUENCE ».....	83
ANNEXE III : DONNEES BRUTES DE LA VARIABLE « HABLETES SOCIALES ».....	89
ANNEXE IV : DONNEES BRUTES DE LA VARIABLE « ANXIETE».....	98
ANNEXE V : DONNEES BRUTES DE LA VARIABLE « EXTERNALITE ».....	101
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	103
1. LISTE DES TABLEAUX	103
2. LISTE DES FIGURES	103
TABLE DES MATIERES	104

INTRODUCTION

Notre étude porte sur l'analyse du processus de régression chez l'adulte porteur de bégaiement au sein d'une thérapie de groupe d'orientation cognitivo-comportementale.

Notre choix de sujet de mémoire s'est porté sur le bégaiement car nous voulions approfondir cette pathologie complexe qui fait l'objet de peu d'heures d'enseignements et de peu de prises en charge clinique parmi les orthophonistes non spécialisées.

Cette pathologie nécessite bien souvent une formation approfondie après l'enseignement initial afin de choisir une orientation théorique qui permettrait de rééduquer au mieux ce trouble, en particulier chez l'adulte.

Nous avons choisi le cadre des thérapies cognitivo-comportementales et plus particulièrement des thérapies de groupe qui ont montré depuis quelques années leur efficacité dans la prise en charge du bégaiement. Une fois que le patient est suffisamment à l'aise en séance individuelle, le groupe représente une mini-société dans laquelle il va pouvoir s'entraîner à appliquer les techniques travaillées dans un contexte plus écologique, bien qu'encore protégé.

C'était pour nous un contexte propice pour essayer de répondre à la question suivante : peut-on parler d'un processus de régression du bégaiement chez l'adulte et comment le définir ?

Nous avons tenté de répondre à cette question en définissant le bégaiement au travers de quatre composantes que nous avons isolées ainsi qu'en présentant le cadre théorique de la prise en charge globale de ce trouble représenté par la thérapie cognitivo-comportementale de groupe.

Nous décrirons, dans un deuxième temps, notre démarche expérimentale basée sur l'analyse de la régression du bégaiement de trois adultes afin de confirmer ou d'infirmer les hypothèses qui découlent de notre questionnement.

Enfin, nous nuancerons notre étude par l'analyse et la confrontation de nos résultats et nous réfléchirons aux limites ou biais possibles de notre expérimentation.

NB : pour qualifier la personne atteinte de bégaiement, il est souvent utilisé dans la littérature la terminologie de « sujet bègue » ou « personne bègue ». Nous serons parfois

amenées à utiliser ces termes en ayant bien à l'esprit que nous ne réduisons pas la personne à son symptôme.

Chapitre I
PARTIE THEORIQUE

I. L'ETIOLOGIE DU BEGAIEMENT : UNE ABSENCE DE CONSENSUS A L'ORIGINE DE NOMBREUSES APPROCHES THERAPEUTIQUES

1. Le bégaiement

1.1. Présentation

Le bégaiement affecte 1% de la population mondiale et environ 600 000 personnes en France. Le plus souvent le bégaiement apparaît dans l'enfance (95% avant l'âge de 7 ans): il peut disparaître soit spontanément soit sous l'effet d'une thérapie. Dans d'autres cas, malgré des tentatives de prise en charge du trouble, il perdure à vie.

Chez l'adulte, Lebrun (cité par Van Hout et Estienne, 1996) distingue le bégaiement développemental du bégaiement acquis : dans le premier cas le bégaiement est apparu avant la puberté et dans le deuxième cas, le patient n'a jamais bégayé durant l'enfance et son bégaiement commence à l'âge adulte.

1.2. Définitions

Selon le DSM-IV (1996), le **bégaiement** est une perturbation de la **fluence** normale et du rythme de la parole, caractérisée par la survenue fréquente d'une ou de plusieurs des manifestations suivantes :

- répétitions de sons et de syllabes
- prolongations de sons
- interjections
- interruptions de mots (pause lors de l'émission d'un mot)
- blocages audibles ou silencieux
- circonlocutions (périphrases qui évitent les mots difficiles à énoncer)
- tension physique excessive accompagnant la production de certains mots
- répétition de mots monosyllabiques entiers

La perturbation de la fluence de la parole va interférer avec la réussite scolaire ou professionnelle ou avec la **communication sociale**.

« *C'est un trouble de la globalité de la communication, qui ne se limite pas à son aspect le plus apparent de désordre de l'élocution* » (Monfrais Pfauwadel, 2000, p.12). En effet, toutes les perturbations de la fluence vont entraîner un défaut d'intelligibilité de la parole et une altération de la qualité de l'échange, faisant de ce trouble un véritable trouble de la communication mais nous y reviendrons.

2. Des approches explicatives variées

Deux grandes familles se distinguent dans une tentative d'explication de l'étiologie du bégaiement : l'approche organique et psychogénique.

Si l'on considère uniquement les explications organiques (anomalies du tonus musculaire, trouble du contrôle auditif, de la dominance hémisphérique, dysfonctionnement neurologique...), les modèles actuels restent encore des hypothèses. D'autre part les hypothèses plutôt psychogéniques sont variées : le bégaiement considéré comme une réponse apprise (courant comportementaliste), comme résultant de l'anxiété et des croyances du patient (courant cognitiviste), comme un symptôme psychique (courant psychanalytique), comme issu des exigences de l'environnement (courant systémique). Ces hypothèses n'expliquent pas à elles seules la diversité et la complexité des bégaiements (Van Hout, & Estienne, 2002).

On constate donc une grande diversité d'explications qui ne sont pas réellement contradictoires mais plutôt complémentaires, puisqu'en les regroupant, elles définissent la part de l'inné et de l'acquis dans ce trouble complexe, la part liée à l'individu lui-même (l'organique, le mental, le psycho affectif) et celle liée à ses interactions avec son environnement familial et social. Il ressort de l'ensemble de ces modèles que le bégaiement est le résultat de facteurs favorisants et de facteurs déclenchants.

Mais quelle que soit son origine (neurologique, motrice, psychologique), les auteurs s'accordent pour considérer le bégaiement comme un **trouble global de la communication**, puisqu'il n'apparaît qu'en présence d'autrui.

II. DANS TOUS LES CAS, UN TROUBLE GLOBAL DE LA COMMUNICATION

1. Les différentes composantes atteintes

Nous pouvons catégoriser les composantes atteintes en deux familles : les composantes directement visibles et les composantes non visibles.

1.1. Les composantes visibles altérées dans le bégaiement

1.1.1. L'atteinte de la parole elle-même ou dysfluence

La fluence du langage dépend à la fois de la capacité de générer sans efforts les mouvements articulatoires nécessaires à la parole et d'utiliser une prosodie appropriée (rythme, pauses, intonation) au contenu du discours. Deux des symptômes principaux du bégaiement consistent en deux types d'altérations de la parole quasi opposées, qui contribuent à produire la dysfluence spécifique propre à ce trouble (Van Hout, 2002) :

- **Les répétitions et les prolongations** : elles constituent un excès de parole, en dupliquant une information déjà fournie ou en la prolongeant anormalement en fixant une position articulatoire avec voisement. Les répétitions peuvent porter sur des phonèmes, des mots, des segments d'énoncé.
- **Les pauses** : elles interrompent le discours, et créent un vide ; elles peuvent correspondre à un blocage ou attaque dure (coup de glotte).

Au sein même de cette famille de symptômes primaires du bégaiement viennent s'insinuer des symptômes secondaires, ou comportementaux, affectant eux aussi la parole, qui deviennent partie intégrante de la dysfluence bègue : insertion de sons, d'interjections, de mots d'appui ou de locutions toutes faites, répétition de ce qui a été précédemment émis (syllabes, mots, phrases entières ou partielles) destinées à retarder la production d'un phonème ou d'un mot redouté.

Lors du processus d'installation du bégaiement, les modifications les plus nettes concernent l'amplification et la complexification des signes secondaires. On a vu ci-dessus ceux affectant directement la fluence de la parole. Ils affectent également l'ensemble des habiletés sociales, confirmant bien le bégaiement comme un trouble global de la communication.

1.1.2. Les habiletés sociales

Ce sont l'ensemble des moyens verbaux et non verbaux mis en œuvre pour assurer la réussite de la communication. Elles sont particulièrement affectées chez l'adulte porteur de bégaiement et cette altération nuit à la communication au moins autant que la dysfluente. L'atteinte de ces compétences a été décrite par différents auteurs qui ont développé différentes notions pour l'analyser.

a. Les habiletés sociales mises en œuvre dans la communication et altérées par le bégaiement

Rustin (citée par Monfrais-Pfauwadel, 2000) distingue quatre types d'habiletés sociales :

- les habiletés de base
- les habiletés affectives
- les habiletés interactives
- les habiletés cognitives

« Surajoutés au bégaiement primaire, conséquence de la tension excessive et de la peur, les signes secondaires se fixent ou disparaissent au hasard de leur efficacité supposée et de la libération d'anxiété et de tension qu'ils ont pu occasionnellement produire » (Van Hout, 2002, p.131).

Au départ ces signes secondaires sont émis de façon plus ou moins volontaire, puis deviennent automatiques et font alors partie intégrante des moments de bégaiement. L'altération des habiletés de base est la plus directement visible par l'interlocuteur : la perte du contact visuel et de l'expressivité nuit immédiatement à la communication.

« Le sujet bègue a souvent altéré non seulement ses processus moteurs, l'expressivité de son visage et raidi ses gestes, mais aussi gauchi ses attitudes de locuteur et d'interlocuteur. » (Simon, 1993, p.9).

L'altération des habiletés affectives, interactives et cognitives témoignent du désinvestissement de la valeur de communication de sa parole par le sujet porteur de bégaiement : il n'accorde plus de valeur au contenu du message qu'il est en train de produire, consacrant ses ressources physiques et mentales à l'élaboration d'une parole

fluide. Il attribue aussi sa propre obsession à son interlocuteur et devient persuadé qu'il ne porte son intérêt que sur la forme de son message et pas sur le fond.

Nous pointons ici une habileté sociale tout particulièrement altérée chez la personne porteuse de bégaiement : la prise en compte de son trouble lors d'une interaction et donc la prise en compte de son interlocuteur.

b. Une habileté sociale profondément altérée : la prise en compte de son trouble et la prise en compte de l'interlocuteur

Lorsqu'elle s'exprime, la personne porteuse de bégaiement consacre une énergie importante à masquer son trouble : d'une part par des processus d'évitement de phonèmes ou mots redoutés (le sujet porteur de bégaiement prépare longuement ce qu'il va dire, se constitue un répertoire de synonymes ... et en arrive parfois à perdre le sens de ce qu'il veut exprimer) ; d'autre part en ne manifestant aucun signe indiquant à son interlocuteur qu'il est conscient de son trouble. Cette « fausse indifférence », comme l'appelle Le Huche (1999), entraîne une gêne de l'interlocuteur face à un locuteur qui semble ignorer que quelque chose se passe mal au niveau de sa parole ; cette gêne est alors ressentie par la personne porteuse de bégaiement et va accroître la tension liée à cette émotion.

La personne porteuse de bégaiement, en restant concentrée sur la réalisation de sa parole et en cherchant à dissimuler son trouble, nie peu à peu le rôle de l'interlocuteur : elle refuse son aide, perd le contact visuel et se considère seule à gérer l'échange, sans permettre à l'autre une réaction qui témoignerait d'une vraie communication entre eux (Simon, 1993).

c. Le déni majeur de l'interlocuteur : la perte du comportement tranquillisateur

« Le comportement tranquillisateur pourrait encore être appelé comportement de signalisation tranquillisatrice, ou de partage complice des difficultés de parole » (Le Huche, 1992, p.385)

Cette habileté communicative particulière qui consiste à prendre en compte l'interlocuteur lors des aléas de réalisation de notre parole est décrite par Le Huche sous le concept de « comportement tranquillisateur ». Il fait partie intégrante de tout acte de parole et donc des habiletés sociales caractérisant toute interaction communicative.

« Toute personne qui parle, surtout s'il s'agit d'un discours familier et spontané, émet normalement des signaux soulignant à l'intention de son interlocuteur (...), les diverses péripéties positives ou négatives émaillant la réalisation de son projet de parole » (Le Huche, 1992, p.385).

Ce comportement tranquillisateur peut être :

- **gestuel** : petit mouvement répétitif de la main indiquant que l'on cherche le mot
- **mimique** : froncement de sourcils et mouvement de dénégation de la tête indiquant que le mot prononcé n'est pas le bon ; geste de la tête en forme de salut accompagnant la production du mot enfin trouvé
- **articulatoire** : surarticulation du mot que l'on vient d'écorcher
- **une légère flexion de la tête** indiquant un effort de correction
- **verbal** (plus rarement) : un bref « pardon » ou « excusez-moi, je ne suis pas réveillé » ...

Ces signaux de formes diverses sont généralement produits de manière automatique, et perçus par l'interlocuteur de façon subconsciente (Le Huche, 1992). Ils lui permettent de rester focalisé sur le fond du discours et non sur sa forme. Paradoxalement, c'est leur absence qui crée une focalisation de l'attention de l'interlocuteur sur les anomalies du message qui lui parvient.

Pour Le Huche, la restauration de ce comportement protègerait la personne porteuse de bégaiement d'une rechute. Pour Simon (1993), la maîtrise du comportement tranquillisateur est signe d'une acceptation du trouble et d'une capacité d'acceptation de l'aide de l'interlocuteur.

Au sein de l'altération des habiletés sociales, l'absence de comportement tranquillisateur chez la personne porteuse de bégaiement est donc un élément clé dans la perturbation de la communication avec ses interlocuteurs.

1.2. Les composantes masquées altérées chez le sujet porteur de bégaiement

1.2.1. Les cognitions : comprendre le bégaiement en s'inspirant du schéma des thérapies cognitives

a. Les idées irrationnelles du sujet porteur de bégaiement

Les cognitions représentent le discours intérieur que nous nous tenons avant, pendant et après nos actes. Ce sont les idées ou les images arrivant de manière spontanée et automatique à notre esprit en réaction à divers événements de notre quotidien. Les cognitions ont pour caractéristiques de s'imposer immédiatement à nous comme grille de lecture d'une situation ; elles sont irrationnelles, subconscientes (Estienne, 2002).

Chez la personne porteuse de bégaiement, certaines croyances (par exemple : « ce que j'ai à dire est toujours moins intéressant », « je bégayerai toujours au téléphone »...) correspondent à des idées irrationnelles que le patient s'est forgées au fil du temps, au contact de son environnement (Cottraux, 1990 ; Brignone, 1996). Ces fausses croyances ont pour conséquence un mécanisme de distorsion dans l'analyse des situations, et génèrent des émotions et des comportements inadaptés.

b. Le « locus control » ou « externalité », une cognition lourde de conséquence pour le sujet porteur de bégaiement

Parmi les cognitions alimentant le processus de régulation du bégaiement chez l'adulte, celles concernant son sentiment d'impuissance et de fatalité tiennent une place particulière. En effet elles constituent un frein conséquent à l'efficacité de toute thérapie : le patient doit pouvoir mettre en œuvre des moyens pour agir sur son bégaiement, et pour cela croire en ses propres ressources.

Rotter (1966) introduit le concept de « locus de contrôle » : il le définit comme la conviction des personnes concernant l'origine des événements qui leur arrivent. Selon Felcourt (cité par Monfrais-Pfauwadel, 2000) tout individu aurait une position entre deux points extrêmes :

- le point de ceux pour qui tout ce qui leur arrive trouve son origine dans une force extérieure sur laquelle ils ne peuvent rien. Les sujets proches de ce point ont un « locus control externe ».
- le point de ceux pour qui tout ce qui leur arrive n'incombe qu'à eux seuls, et qui pensent pouvoir tout maîtriser. Les sujets proches de ce point ont un « locus control interne ».

Connaître la position du locus control du sujet est donc important pour voir comment il se situe par rapport à son environnement, et notamment par rapport son bégaiement et à la thérapie : plutôt comme un sujet qui subit ou plutôt comme un acteur responsable.

1.2.2. Les émotions

Les émotions constituent le deuxième pan des composantes masquées altérées chez la personne porteuse de bégaiement. Ce pôle affectif est malmené depuis son enfance, puisque très tôt les ratés de sa parole, en suscitant des réactions négatives de la part de l'entourage (surprise, attitude négative voire réprimandes), ont provoqué des émotions négatives telles que la peur de parler, le stress, l'anxiété. Ces émotions négatives aggravent à leur tour les cognitions négatives et les comportements.

L'anxiété est définie comme un état ou une émotion proche de la peur qui peut être la conséquence du stress. Elle devient pathologique lorsqu'elle provoque une inhibition importante comportementale et psychologique.

Pour Légeron (cité par Brignone, 1996), l'anxiété est un facteur majeur d'aggravation du trouble de la communication.

Dans leurs études, Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., & Craig, M. (2003) et Ezrati-Vinacour, R., & Levin, I. (2004) montrent que **l'anxiété trait** (comme trait de caractère permanent) est plus élevée parmi la population qui bégaye que chez les locuteurs fluents, ce qui indique que l'anxiété peut être un trait de personnalité de la personne porteuse de bégaiement. **L'anxiété état** (liée à un moment spécifique) dans une situation de communication sociale est plus élevée parmi les personnes porteuses d'un bégaiement sévère que chez celles atteintes d'un bégaiement modéré et celle des locuteurs fluents.

2. Des composantes intriquées

Le bégaiement est donc constitué de différentes composantes qui sont liées. Sheehan et Van Riper (cités par Van Hout et Estienne, 1996) schématisent les liens qui les relient en utilisant une métaphore : celle d'un iceberg, avec au-dessus de la ligne de flottaison, le dixième le plus manifeste des constituants du bégaiement (les signes physiques, les dysfluences, tout ce qui est visible) ; au-dessous, les constituants les plus cachés, les attitudes réactionnelles au trouble, que la personne s'est forgées et qui sont ancrées.

Dans leur article, Quesal, R.W., & Yaruss, J. (2006) présentent aussi le bégaiement comme un trouble constitué de différentes composantes ; l'outil OASES (Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering) qu'ils développent est basé sur le schéma des incapacités et handicaps de l'OMS adapté au bégaiement. Il doit permettre le recueil d'informations concernant la globalité des perturbations liées au bégaiement : les données liées aux symptômes primaires, les données affectives, comportementales, les attitudes réactionnelles et les croyances, les difficultés de communication, les impacts sur la qualité de vie. Cet outil illustre également combien le bégaiement est un trouble de communication global, qui s'inscrit dans un contexte.

3. Le cercle vicieux du bégaiement

A travers leur présentation, nous percevons bien que les composantes altérées dans le bégaiement n'évoluent pas de manière indépendante, mais que leur dégradation s'inscrit dans un processus où l'atteinte d'une composante a pour conséquence l'altération d'une composante connexe. Ce phénomène est décrit par les auteurs comme un cercle vicieux. « Une fois qu'il éclôt, le bégaiement est pris dans un réseau d'interactions qui va l'enkyster, le moduler, l'amplifier ou le faire disparaître » (Estienne, 2002, p.185). Les difficultés de départ de la personne porteuse de bégaiement sont orchestrées par ses réactions personnelles et celles de son entourage, et provoquent une suite de réponses en chaîne de plus en plus négatives qui renforcent le déficit de base. Ainsi les accidents de parole entraînent des réactions du milieu, provoquant à leur tour anxiété et comportement d'évitement de la part du patient, ce qui engendre un hypercontrôle, et un accroissement de l'anxiété et du bégaiement.

Le « pourquoi » du bégaiement reste donc encore incomplètement connu, mais le « comment » est le résultat de l'histoire de chaque personne dans son milieu, et de la mise en place de ce cercle vicieux qui va le maintenir dans son trouble.

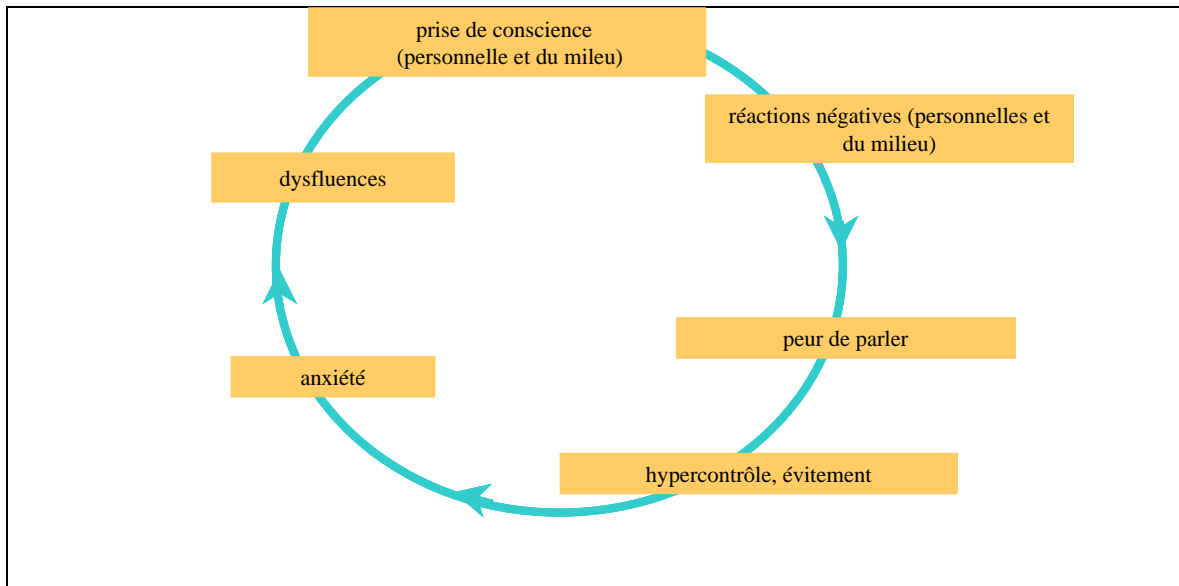


Figure1 : le cercle vicieux du bégaiement

III. LA THERAPIE COGNITIVO COMPORTEMENTALE DE GROUPE : UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DU TROUBLE DE COMMUNICATION DU BEGAIEMENT

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) travaillent de manière globale sur ces différentes composantes. Ces thérapies apparaissent dans les années 70 et sont issues de la psychologie scientifique et notamment des modèles des théories de l'apprentissage et de traitement de l'information. Elles sont issues de l'intégration des apports des courants comportementaliste et cognitiviste.

1. Les thérapies comportementales

Le comportement est le concept central de cette théorie. Il est défini comme étant « *un enchaînement ordonné d'actions destinées à adapter l'individu à une situation telle qu'il la perçoit et l'interprète* » (Cottraux, 1995, p.4).

1.1. Les critères méthodologiques

La thérapie se centre sur le comportement inadapté plutôt que sur une cause sous-jacente supposée, avec comme postulat que le comportement inadapté est principalement acquis par apprentissage.

Elle se centre sur « l'ici et maintenant » et implique la mise en place avec le patient de buts spécifiques clairement définis, objectivables et mesurables.

Elle cherche à remplacer des habitudes inadaptées par d'autres plus appropriées avec l'aide d'outils de recueil de données comme :

- **l'entrevue directive** centrée sur la recherche d'informations concrètes.
- **le jeu de rôle** qui met en évidence des comportements spécifiques.
- **les questionnaires** d'auto évaluation de comportements dans une situation précise.

1.2. Les critères thérapeutiques

1.2.1. La relaxation

L'objectif est de mettre le patient dans un état détendu, afin qu'il soit dans les meilleures conditions physio-psychologiques pour mettre en place des comportements adaptés face à une situation anxiogène.

1.2.2. La désensibilisation systématique (Wolpe, 1958)

Cette méthode présente deux concepts :

- une exposition graduelle à la situation anxiogène
- la mise en place par le sujet d'une réponse supposée antagoniste à l'anxiété qui va entraîner une inhibition réciproque : Wolpe part du principe de contre-conditionnement indiquant qu'une réponse conditionnée dans une situation anxiogène va entraîner une nouvelle réponse associée au stimulus premier.

1.2.3. L'assertivité

L'assertivité ou affirmation de soi renvoie à un trait de personnalité chez un sujet mais également à des techniques comportementales spécifiques afin d'améliorer les interactions sociales. D'après Alberti et Emmons (cités par Cottraux, 1974), le comportement assertif est « *un comportement qui permet à une personne d'agir au mieux dans son intérêt, de défendre son point de vue sans anxiété exagérée, d'exprimer avec sincérité et aisance ses sentiments et d'exercer ses droits sans dénier celui des autres* ».

Pour travailler l'affirmation de soi, la technique de base est le jeu de rôle : chaque situation à jouer va être clairement définie au départ, en partant de la plus simple pour le patient pour finir à celle plus vive sur le plan émotionnel et anxieux.

2. Les thérapies cognitives

L'origine du mouvement cognitiviste est issu des travaux de Beck et Ellis en 1970, avec comme postulat que nos difficultés proviennent du fait que nous nous fixons des objectifs difficilement atteignables ou irréalistes ce qui va nous rendre plus vulnérables et rarement satisfaits.

La théorie cognitive est donc fondée sur 3 hypothèses :

- nos difficultés psychologiques sont dues à notre style de pensée et de perception des évènements qui nous arrivent.
- ces styles de pensées peuvent être modifiés.
- la modification des styles de pensées va avoir un effet bénéfique sur ces dernières mais aussi sur les comportements et les émotions qui en dépendent.

Ce modèle envisage donc le bégaiement comme entretenu et aggravé par la façon dont le sujet l'envisage.

2.1. Les critères méthodologiques : le modèle tridimensionnel

Les thérapies cognitives se réfèrent à un modèle à 3 dimensions en interaction permanente :

- la dimension affective : ce que ressent le sujet (**émotions**)
- la dimension comportementale : ce qu'il fait (**action**)
- la dimension cognitive : ce qu'il pense, se dit intérieurement (**cognitions**)

Cottraux (1992) explique que cette thérapie va consister dans un premier temps à faire prendre conscience de ses pensées, puis à identifier comment elles naissent et génèrent les émotions et comportements sources de souffrance.

2.1.1. Les processus cognitifs

Ils représentent la faculté de décoder la réalité extérieure mais aussi sa propre réalité intérieure (émotions, sensations physiologiques...). Ils se décomposent en trois variables : les cognitions, les distorsions et les schémas cognitifs.

Les cognitions : ce sont des pensées automatiques qui se présentent comme des monologues intérieurs à contenu positif, négatif ou neutre.

Les distorsions sont des altérations qui interviennent dans le traitement de l'information et sont de plusieurs types :

- **l'inférence arbitraire** qui consiste à tirer des conclusions d'une situation sans preuves
- **la généralisation** consiste à tirer une conclusion globale d'une situation spécifique.
- **l'abstraction sélective** consiste à privilégier des événements qui vont confirmer un a priori.
- **la personnalisation** consiste à s'attribuer la responsabilité des événements.
- **la maximalisation du négatif et minimalisation du positif :** les réussites vont être attribuées au hasard tandis que l'attention portée aux échecs va être majorée.
- **le raisonnement dichotomique** consiste à percevoir une situation sans nuances : c'est tout ou rien.

Les schémas cognitifs sont des structures de pensées beaucoup plus profondes : ils représentent l'ensemble des convictions propres d'un sujet sur lui-même et le monde.

Ce système de valeur de référence présent chez tout un chacun va devenir un problème lorsque le sujet s'enferme dedans et adopte un comportement restrictif qui va l'empêcher d'agir en toute liberté.

2.2. Les critères thérapeutiques

Pour mettre à jour les types de pensées du patient afin de travailler dessus, le thérapeute va adopter une stratégie répondant à trois critères :

2.2.1. Le style relationnel

La relation entre le patient et le thérapeute est interactive et basée sur la collaboration avec le patient qui donne son avis sur les tâches proposées afin qu'il puisse se sentir acteur au cours de la séance et généraliser ses acquis à l'extérieur.

2.2.2. Le style de questionnement

Le thérapeute utilise deux styles de questions ouvertes :

- **les questions inductives** qui guident le patient dans sa recherche d'informations
- **les questions d'inspiration socratique** qui permettent au patient de prendre du recul par rapport à ses affirmations afin de les argumenter d'une manière plus réaliste.

2.2.3. Le feed-back

C'est un renforcement positif de la part du thérapeute qui permet d'assurer que lui et son patient se préoccupent bien du même problème. De plus, il va permettre l'intégration des techniques cognitives qui ont pu être apprises au patient.

3. Les thérapies cognitivo-comportementales de groupes

3.1. Présentation

Ce sont des thérapies brèves ayant pour objectif de « *réduire les souffrances psychologiques et d'améliorer le bien-être, en apprenant comment modifier efficacement des modes de pensée et d'action* » (Brignone-Maligot et al. ; 1996, p.5).

Elles constituent un modèle interactionnel en modélisant comment l'individu, confronté à une situation donnée, va en faire un traitement cognitif, et aboutir à certains comportements et émotions. De plus, les TCC menées en groupe permettent un véritable entraînement aux habiletés sociales du fait des interactions entre les participants.

« Pour le traitement de l'adulte, et le congrès de Dublin l'a confirmé, les TCC ont le vent en poupe pour leur côté pratique, « efficace ». Elles sont incontestablement un apport majeur de ces dernières années » (Monfrais-Pfauwadel, 2006, p.17).

La TCC prend en charge la personne en considérant son bégaiement comme un trouble de la communication s'inscrivant dans le présent (l'étiologie du bégaiement de départ n'est pas l'objet du soin), et résultant d'un processus selon lequel face à un interlocuteur, à une situation, elle procède à une interprétation de cette situation et met en œuvre une réaction comportementale (verbale et non verbale) et émotionnelle.

3.2. Les groupes d'adultes

3.2.1. Présentation

Selon Simon (1996), les groupes thérapeutiques d'adultes porteurs de bégaiement sont des groupes de parole ayant pour objectifs : le développement personnel et l'amélioration des capacités de communication du sujet et de ses relations interpersonnelles. Ce type de traitement « s'adresse au patient dans sa globalité et s'attache plus au comment sortir d'une situation qu'à son pourquoi » (Simon, 1996, p.231).

Ces groupes s'inscrivent dans un processus thérapeutique dont la première phase est la prise en charge individuelle, afin que le patient puisse expérimenter dans le groupe les changements travaillés en thérapie individuelle. Aucune distinction de sexe ou de milieu socioculturel ne régit le choix des participants au groupe, ni la diversité de la symptomatologie du bégaiement. Par contre, la motivation personnelle et l'engagement à venir régulièrement pour participer activement aux changements sont des critères retenus par les thérapeutes.

3.2.2. Les activités thérapeutiques

Elles incluent des techniques pratiquées en séances d'orthophonie individuelles notamment l'ERASM (Easy Relax Approach Smooth Movement) qui consiste à adoucir le premier phonème d'un mot en se concentrant sur l'émission du second. Elles sont déterminées à l'avance par le thérapeute qui tient compte du niveau d'anxiété secrété par le groupe et des attentes particulières de chaque participant. Dans la prise en charge du bégaiement par les TCC, Brignone et De Chassey (2003) proposent la trame suivante :

- **Travail vocal** : il s'agit d'un échauffement corporel, vocal et moteur pour « chauffer » tout ce qui est nécessaire à une utilisation plus facile de la parole et mettre le patient à l'aise par une détente préalable.
- **Présentation directe ou croisée** : le patient est amené à se présenter brièvement au groupe ou à présenter son voisin au groupe pour les plus inhibés.
- **Perception d'efficacité personnelle** : les patients sont invités à faire le point sur l'évolution de leur bégaiement depuis la dernière séance de groupe et sont guidés par le thérapeute afin d'identifier les moments critiques où le trouble a pu réapparaître et ce qui a été fait pour le gérer.
- **Lecture** : cette tâche s'effectue à voix haute devant le groupe d'après un support écrit choisi ou non par le thérapeute en fonction des difficultés de chacun.
- **Parole spontanée** : ces exercices sont de différents types :
 - le monologue : il permet une implication affective du sujet et entraîne à parler de soi de façon adaptée
 - le dialogue : il permet au patient d'entraîner ses habiletés verbales et d'améliorer la capacité à prendre, donner ou rendre la parole
 - le mime : il permet de faire prendre conscience de l'importance de la communication non-verbale
 - le jeu de rôle : cette technique propre aux TCC permet de se mettre en situation de façon fictive afin de jouer ou réparer des attitudes de la vie quotidienne. Une consigne claire est donnée au patient et un feed-back du patient sur ses performances est demandé par le thérapeute afin d'évaluer les points qui posent encore problème. L'objectif est de généraliser les acquis à l'extérieur par l'entraînement et le renforcement positif du thérapeute.
- **Débats ou discussions** : Ces exercices entraînent les habiletés sociales et sont contrôlés par le thérapeute.
- **Les tâches** : elles sont à effectuer à l'extérieur d'après ce qui a été travaillé en jeu de rôle afin de généraliser les acquis.

Pour Simon (1993), c'est grâce au groupe que chaque patient va pouvoir éprouver le changement qui lui permettra progressivement de mieux communiquer. La prise de conscience de ce changement est rendue possible par l'effet de miroir que provoque la présence d'autres personnes souffrant du bégaiement dans un contexte de soutien et de solidarité, et par l'entraînement de la parole en situation collective, porteuse d'anxiété.

Chapitre II
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

A l'issue de cette présentation, nous voyons que le bégaiement est un trouble global de communication qui touche différentes composantes.

Les facteurs favorisants et le cercle vicieux qui autorégule le trouble de communication de la personne porteuse de bégaiement ont été largement décrits dans la littérature, notamment par les auteurs s'inscrivant dans le courant cognitif et comportemental.

Toutefois, le mécanisme qui démantèle le trouble et qui permet au patient de ne plus être dans le « vivre bègue » reste peu exploré.

Selon C.Launay (cité par Van Hout et Estienne, 2002, p.53) « *on peut, mieux encore, comprendre la nature du trouble en examinant comment le bègue qui guérit parvient à ce résultat* ».

Quel est donc le processus de régression du bégaiement ?

- Quelle est l'influence mutuelle des quatre composantes du trouble dans le processus de régression du bégaiement ?
- Y a-t'il une composante dont la résolution permet de casser le cercle vicieux et d'agir sur les autres ?

Notre **hypothèse générale** est la suivante : le processus de régression du bégaiement suit des étapes précises ; l'amélioration d'une composante va permettre d'enclencher l'amélioration d'une autre.

Les **hypothèses opérationnelles** retenues sont :

- **Hypothèse 1** : la fluence est le paramètre le plus résistant, qui s'améliore en dernier, après les habiletés et notamment le comportement tranquillisateur.
- **Hypothèse 2** : l'anxiété et le taux d'externalité sont des paramètres qui déterminent l'amélioration des habiletés sociales et notamment la restauration du comportement tranquillisateur.

Chapitre III
PARTIE EXPERIMENTALE

I. DEMARCHE EXPERIMENTALE CHOISIE

1. Analyse à partir d'une étude de cas multiples

Nos hypothèses portent sur les liens supposés entre différents paramètres au sein du processus de régression du bégaiement. Le choix de l'étude de cas correspond à une volonté d'analyser finement, de manière quantitative et qualitative, les mécanismes en œuvre chez quelques personnes, pour pouvoir confirmer ou infirmer nos hypothèses, et valider notre mode de recueil de données.

Les composantes que nous avons choisi d'évaluer ont nécessité un recueil de données audio et vidéo conséquent et un traitement de ces données au moyen de grilles d'analyse : nos ressources nous ont obligé à nous limiter à 3 cas.

2. Description générale de l'expérimentation

Les trois patients inclus dans notre expérimentation sont pris en charge en thérapie cognitivo comportementale de groupe, à raison d'une séance de deux heures tous les quinze jours. Trois de ces séances (situées au début, au milieu et à la fin de notre expérimentation, d'une durée de cinq mois) ont fait l'objet d'un recueil de données visant à évaluer les différentes composantes de nos hypothèses.

Chaque recueil de données comporte des données subjectives (auto évaluation des patients) et des données objectives (enregistrement audio et vidéo des séances). Ces données objectives sont ensuite traitées par nos soins au moyen de grilles d'analyse.

Nos hypothèses portent sur l'évolution relative des différentes composantes au fil de la prise en charge : nous nous sommes donc attachées à obtenir un mode de recueil et de traitement des données le plus stable et homogène possible, afin de permettre des comparaisons entre les mesures. C'est donc la comparaison entre les mesures qui nous importe dans cette étude et pas la valeur intrinsèque des résultats.

3. Notre population

3.1. Nos critères d'inclusion

Nous avons choisi trois adultes répondant aux critères d'inclusion suivants :

3.1.1. Porteurs de bégaiement depuis leur enfance

Bien que chaque bégaiement soit spécifique, il s'agissait pour nous d'avoir malgré tout des profils de troubles similaires (pas de bégaiement neurologique par exemple). Ici nous avons trois adultes dont le bégaiement s'est installé depuis l'enfance, et a donc subi toute une évolution et un développement en chaîne de ses différentes composantes.

3.1.2. Pris en charge en séance individuelle depuis plus d'un an

Ceci pour garantir que nos trois patients ont bénéficié de tout un travail individuel destiné à leur fournir des outils techniques pour mieux gérer leur parole et faire évoluer leurs cognitions.

3.1.3. Intéressés et motivés par notre étude

En effet plusieurs mesures reposent sur une auto évaluation des patients à des moments précis, ce qui suppose une implication de leur part. Nous avons donc retenu des patients intéressés par notre étude et motivés pour y participer, d'une part pour que nos recueils de données ne nuisent pas au déroulement des prises en charge de groupe, d'autre part pour nous garantir la meilleure participation possible de nos patients lors de leur travail d'auto évaluation.

3.2. Présentation des trois patients de notre étude

3.2.1. Marc

Marc est un étudiant de 18 ans en IUT mesures statistiques.

Il a commencé à bégayer pendant l'enfance où il a été pris en charge en orthophonie mais ce trouble ne le gênait pas. Il prend conscience de son trouble au collège où il était mutique en classe et isolé jusqu'au lycée. Durant les vacances entre la 3ème et la 2nde au lycée, il participe à une colonie et ne peut se présenter au groupe : il n'est pas intégré. Il est alors pris en charge à la rentrée en individuel puis intègre le groupe de rééducation.

Marc décrit son bégaiement comme gênant (il se prive parfois de parler pour ne pas bégayer) mais pas envahissant. Il le dépeint comme étant constitué principalement de blocages en début de phrases avec des syllabes plus difficiles à produire que d'autres (celles commençant par des occlusives notamment).

Lors de blocages, Marc accepte mal l'aide de l'interlocuteur surtout lorsque ce dernier veut terminer ses phrases. Il se dit toutefois gêné quand l'interlocuteur ne dit rien. Il réajuste sa parole en arrêtant et en reprenant après, en essayant d'utiliser l'ERASM.

Pour Marc, son bégaiement s'est stabilisé avec la thérapie. Des syncinésies étaient associées au trouble avant la prise en charge et ont diminué à l'heure actuelle grâce à l'utilisation de la vidéo comme outil de prise de conscience.

Le bégaiement n'est plus un tabou pour Marc, il peut en parler lorsqu'il connaît un peu les personnes. Selon lui, on ne peut guérir du bégaiement ; il attend donc de cette thérapie de pouvoir améliorer son comportement, de s'ouvrir et de pouvoir aller davantage vers les autres.

3.2.2. Maxime

Maxime est un jeune homme de 21 ans, étudiant en IUT mesures physiques.

Son bégaiement remonte à l'âge de 8 ans d'après sa mère car il n'en a plus souvenance.

Après de nombreuses tentatives de prise en charge de son trouble par des orthophonistes non spécialisés dans le bégaiement, il est suivi par une orthophoniste spécialisée depuis deux ans.

Il décrit son bégaiement comme variable en fonction de la fatigue et de l'interlocuteur et sa gêne principale porte sur l'image faussée renvoyée à l'autre : il dit que les autres le voient comme quelqu'un de stressé.

Il n'hésite pas à parler de son bégaiement face à de nouvelles personnes car c'est une satisfaction pour lui de le reconnaître et de le dire.

Maxime accepte l'aide lors d'un blocage disant même que c'est devenu un jeu avec ses amis.

Lorsqu'il bloque, Maxime essaye de se contrôler et de contrôler ce qu'il dit en « erasmant » et en faisant plus attention à la forme qu'au fond ; il lui arrive parfois de perdre le fil de son discours.

Maxime attend de cette rééducation la possibilité d'avoir une parole plus fluide, de contrôler ses blocages et de pouvoir téléphoner à des personnes non connues.

Il ne pense pas que la suppression de son bégaiement soit possible.

3.2.3. Thibault

Thibault est un père de famille âgé de 42 ans chargé d'affaires dans une entreprise.

Son bégaiement, selon lui, est le résultat d'une succession de chocs psychologiques (prise de panique en voiture, divorce de ses parents...) entre 11 et 13 ans. Il a été suivi à cette période par une orthophoniste, sans résultat, puis il a suivi un stage au centre Tomatis à 21 ans qui a été bénéfique mais qui n'a pas résolu le problème de fond.

Thibault et son fils, qui bégaiant, sont actuellement pris en charge par une orthophoniste spécialisée.

L'objectif pour Thibault est d'améliorer sa parole pour son fils car il veut avoir un bon modèle de parole. Il pense qu'il pourra ainsi l'accompagner et l'aider psychologiquement.

Thibault dit que le bégaiement est une chose qu'il cache : il aimerait pouvoir faire avec mais en le faisant disparaître complètement pour ne plus le considérer comme un handicap. Le but final est de ne plus en parler même s'il sait que le problème est encore là.

Thibault décrit son bégaiement comme varié avec des débuts de phrases difficiles lorsque les mots commencent par des voyelles ou des fricatives, il dit avoir tendance à répéter les sons. La gêne est dans la perception du trouble par l'interlocuteur : Thibault ressent un agacement chez l'autre quand il bégaye et il sent qu'il ne capte plus l'attention. Il a peur

de manquer de pouvoir de persuasion et notamment quand il est en situation d'infériorité au niveau hiérarchique.

Thibault ne parle pas de son bégaiement aux autres, il le considère comme un handicap. Cela le gêne d'en parler et il fait en sorte que sa fluence soit correcte. En cas de blocage, il est gêné voire agacé par l'aide ; il utilise des périphrases et aurait tendance à parler trop vite pour se débarrasser de la phrase.

II. RECUEIL ET TRAITEMENT DES DONNEES

1. Mode d'évaluation de chaque composante du bégaiement

Chacune des quatre composantes altérées dans le bégaiement a fait l'objet d'une évaluation spécifique. Chacune de ces évaluations a eu lieu trois fois pour chaque patient : une fois en début d'expérimentation (octobre 2007), une fois en milieu d'expérimentation (mi novembre 2007), une fois en fin d'expérimentation (fin janvier 2008). Le contenu précis des tâches ayant fait l'objet des mesures est décrit en annexe I.

1.1. Evaluation de la composante « dysfluence »

1.1.1. Objectif

L'objectif est d'évaluer le niveau de dysfluence de chaque patient en début d'expérimentation, au milieu et à la fin, dans des tâches de natures différentes, allant du moins spontané et du moins interactif (la lecture) au plus spontané et interactif (le discours spontané en interaction) . Comme notre hypothèse suppose un impact des émotions, cognitions et habiletés sur la fluence, il est important de maîtriser le type de tâche soumise au patient en situation de production de parole : selon qu'il s'agisse d'une tâche de lecture ou d'interaction spontanée, le sujet ne sera pas soumis aux mêmes exigences.

1.1.2. Méthode de recueil des données

Pour chacune des trois mesures (début, milieu et fin d'expérimentation) les patients ont été enregistrés sur l'intégralité de la séance de groupe au moyen d'un dictaphone posé sur

une petite table, au milieu de la pièce. En incluant la présence du dictaphone dès le début de la séance de groupe (qui commence toujours par une tâche de relaxation), nous laissons le temps aux patients d'oublier sa présence.

1.1.3. Outil de traitement des données : la grille de Campbell et Hill (1993)

Chaque enregistrement audio a fait l'objet d'une transcription. Selon Van Hout (1996),

« étant donné la variabilité du bégaiement dans le temps, toutes les mesures doivent être réitérées et réalisées dans des situations de parole variées et face à des interlocuteurs différents. Trois situations principales de parole sont habituellement explorées : la lecture, le monologue et le langage conversationnel ».

Cette transcription permet ensuite de classer les dysfluences dans différentes catégories fournies par l'outil de Campbell et Hill. Un descriptif de l'outil se trouve en annexe II.

Nous avons donc retenu trois situations de parole :

a. La lecture

Elle n'est pas interactive ; elle est plus ou moins génératrice d'anxiété selon les personnes, le contenu du message n'est pas choisi.

b. Le monologue

Il implique un peu d'interaction, il est plus ou moins générateur d'anxiété selon les personnes, le contenu du message est défini par le locuteur

c. Le langage conversationnel spontané

Il est très interactif, il est plus ou moins générateur d'anxiété selon les personnes, le contenu du message est défini par le locuteur, il suppose plus d'habiletés sociales que les deux tâches précédentes (il implique un plus grand nombre de critères définis dans la grille de Léna Rustin décrite ci-après).

Pour chaque situation de parole, nous avons retranscrit une minute de corpus par patient au moyen du tableau d'analyse des dysfluences de Campbell et Hill (1997).

1.1.4. Nature des résultats quantifiés

En comparant, au sein de chaque minute de corpus transcrite, un nombre de dysfluences et un nombre de syllabes pertinentes, on obtient, par type de situation de parole, un pourcentage de dysfluences. Les quatre valeurs suivantes sont donc calculées par patient et par mesure (début, milieu, fin) :

- taux de dysfluence global
- taux de dysfluence en lecture
- taux de dysfluence en monologue
- taux de dysfluence en langage conversationnel spontané

Dans le cadre de notre étude, ces taux n'ont pas d'intérêt en absolu. Ils n'ont d'intérêt que relativement entre différentes situations de parole ou entre différentes mesures (début, milieu, fin).

1.2. Evaluation de la composante « habiletés sociales »

1.2.1. Objectif

L'objectif est d'évaluer les habiletés sociales du patient dans les trois situations de parole précédemment décrites, puisque, on l'a vu, elles requièrent des compétences communicatives différentes. Il s'agit là d'évaluer de la manière la plus exhaustive possible les habiletés verbales et non verbales du patient dans ces trois situations.

Un deuxième objectif est de faire une mesure plus spécifique des habiletés du patient suite à une dysfluence marquante (au sens de facilement repérable dans le discours : un blocage, une répétition). Il s'agit ici de repérer la présence ou l'absence du comportement tranquillisateur, sous variable sur laquelle porte notre hypothèse.

1.2.2. Méthode de recueil des données

Pour chacune des trois mesures (début, milieu et fin d'expérimentation) les patients ont été filmés (image et son) sur l'intégralité de la séance de groupe au moyen d'une caméra mise sur pied dans l'angle de la pièce.

D'autre part, la matière première vidéo récoltée au cours de cette expérimentation fera l'objet d'un film pédagogique sur la prise en charge de groupe du bégaiement, à destination des orthophonistes et des étudiants.

1.2.3. Outil de traitement des données : la grille d'analyse de Rustin (1992).

L'échelle d'évaluation de Rustin est un outil clinique permettant de coter la présence d'habiletés verbales et non verbales d'un locuteur ou d'un interlocuteur. Elle comporte quarante items répartis en quatre familles distinctes : les habiletés de base, les habiletés affectives, les habiletés interactives et les habiletés cognitives. Chaque item est coté sur une échelle à quatre valeurs (0 : mauvais, 1 : médiocre, 2 : correct, 3 : bon).

L'intérêt de cet outil est de fournir une grille d'analyse riche et concrète permettant l'observation et l'évaluation des comportements de communication des patients. Mais selon les situations de parole du locuteur, tous les items ne sont pas pertinents.

Nous avons donc utilisé la grille de Rustin d'une manière spécifique, dans le but de respecter la structure de l'outil initial tout en l'adaptant à nos besoins.

a. Notre utilisation de la grille de Rustin

Au sein de l'échelle d'évaluation de Rustin, nous avons choisi, parmi les quarante items, ceux qui nous semblaient pertinents à évaluer pour répondre à nos objectifs.

Pour évaluer les habiletés verbales et non verbales de nos patients dans trois situations de parole différentes :

Nous avons choisi, parmi les quarante items de la grille de Rustin, ceux qui étaient pertinents à évaluer en fonction de la situation de parole du locuteur :

- **la lecture** : elle ne concerne que peu d'items puisque par nature elle n'est pas réellement une situation d'interaction et le contenu du message n'est pas choisi. Seuls les items relatifs à l'expressivité, à la prosodie, à la posture sont conservés.
- **le monologue** : il implique une interaction (cependant le locuteur n'a pas à prendre la parole puisqu'on la lui donne), le contenu du message est défini par le locuteur. Pour cette situation de parole nous avons retenu davantage d'items de la grille d'analyse.

- **le langage conversationnel spontané** : il est très interactif, le contenu du message est défini par le locuteur, il suppose plus d'habiletés sociales que les deux tâches précédentes. Nous avons retenu l'ensemble de la grille d'analyse de Rustin.

Afin de simplifier notre présentation, chacune de ces trois situations de paroles sera notée « lecture », « monologue », «spontané » par la suite.

Pour évaluer la présence ou non d'un comportement tranquillisateur

Pour cela, nous avons isolé quatre items de la grille d'analyse de Rustin correspondant aux manifestations non verbales ou verbales définissant le comportement tranquillisateur.

Items de la grille de Rustin retenus pour évaluer le comportement tranquillisateur	Paramètres du comportement tranquillisateur décrits par F. Le Huche
Expressions du visage	mimique : froncement de sourcils et mouvement de dénégation de la tête indiquant que le mot prononcé n'est pas le bon ; geste de la tête en forme de salut accompagnant la production du mot enfin trouvé
Gestes	gestuel : petit mouvement répétitif de la main indiquant que l'on cherche le mot une légère flexion de la tête indiquant un effort de correction
Son et intensité de la voix	articulatoire : surarticulation du mot que l'on vient d'écouter, rythme
Poursuite d'une conversation	manifestation verbale

Tableau1 : mise en correspondance d'items de la grille de Rustin avec les paramètres du comportement tranquillisateur décrit par Le Huche

Pour chaque situation de parole (lecture, monologue, spontané) et après les dysfluences marquantes (si il y en a eu), nous avons observé et coté la présence éventuelle d'une forme de comportement tranquillisateur.

Pour ces quatre items, nous avons choisi de coter 0 (absence de manifestation de ce type) ou 3 (présence) pour la raison suivante : le comportement tranquillisateur se caractérise par la présence d'un signal, si infime soit-il du moment qu'il est perçu, lié à un achoppement dans le discours. Il nous a semblé plus objectif d'évaluer la présence ou l'absence de ce signal, sans valeurs intermédiaires susceptibles de biaiser les résultats du fait de leur subjectivité.

1.2.4. Méthodologie de renseignement de nos grilles d'analyse

Les grilles d'observation décrites ci-dessus constituent un outil précis, mais dont l'utilisation repose malgré tout sur la qualité de notre observation clinique. Afin de minimiser la subjectivité inhérente à ce type d'évaluation, et surtout de nous garantir une méthode d'évaluation la plus stable possible pour tous les patients et pour toutes les mesures, nous avons fait les choix suivants :

- nous étions toujours deux pour visionner les vidéos et partager notre évaluation sur chaque item.
- la cotation de chaque item s'est basée sur un commentaire écrit justifiant notre choix : lors de l'évaluation du même item à la mesure suivante, il nous a été ainsi plus facile de noter une évolution des compétences du patient. L'ensemble des grilles d'évaluation associant le commentaire et la cotation sont disponibles en annexe 2.
- parmi les items retenus pour une situation de parole donnée, certains n'étaient cependant pas évaluables (par exemple, selon le type de sujet faisant l'objet du monologue, l'item « identifie ses propres sentiments » a pu être évalué ou non). Dans le cas d'une impossibilité à évaluer un item, nous ne l'avons pas coté et avons ramené tous nos résultats sous forme de pourcentages.

1.2.5. Nature des résultats quantifiés

a. Calcul du taux d'habiletés sociales

N = nombre d'items évalués

S = score du patient sur un item évalué (0 à 3)

T = taux d'habiletés sociales

$$T = \frac{\text{somme S des items évalués}}{N \times 3} \times 100 = \% \text{ d'habiletés}$$

b. Calcul d'un taux d'habileté dans différentes situations

Comme nous l'avons vu, nous avons évalué les habiletés sociales ainsi que le comportement tranquillisateur dans trois situations de parole. Nous avons donc calculé différents taux récapitulés dans le tableau suivant :

situation de parole	type de parole			
	lecture	monologue	spontané	
en parole fluente	taux d'habileté hors blocages en lecture	taux d'habileté hors blocages en monologue	taux d'habileté hors blocages en spontané	taux d'habileté hors blocages
suite à un blocage	taux d'habileté lors de blocages (1) en lecture	taux d'habileté lors de blocages (1) en monologue	taux d'habileté lors de blocages (1) en spontané	taux d'habileté lors de blocages (1)
	taux d'habiletés en lecture	taux d'habiletés en monologue	taux d'habiletés en spontané	taux d'habiletés global

Tableau2 : les différents taux d'habileté calculés

(1) le taux d'habileté lors de blocage correspond à un degré de présence de comportement tranquillisateur.

1.3. Evaluation de la composante « cognition » : l'externalité

1.3.1. Objectif

L'objectif consiste à évaluer la composante « cognition » en isolant une variable indépendante faisant partie intégrante des cognitions et susceptible d'avoir l'impact le plus fort sur l'évolution des autres composantes du bégaiement également évaluées.

Nous avons donc fait le choix de nous limiter à l'évaluation du « taux d'externalité » du sujet, correspondant à la position de son locus control. Le principe est d'évaluer, au moyen d'un outil clinique existant, le profil cognitif du patient par rapport à cette notion de « locus control » externe ou interne, afin de cerner s'il attribue ce qui lui arrive plutôt à des facteurs extérieurs ou au contraire à lui-même.

1.3.2. Méthode de recueil des données

Pour cette composante, qui par définition n'est pas observable directement au cours d'une séance puisqu'il s'agit de cognition, nous avons eu recours à l'auto évaluation par les patients.

Pour Cottraux (1990), les cognitions reposent sur des schémas de pensées qui se sont forgés au fil du temps, qui font l'objet d'un travail à part entière en rééducation, mais qui n'évoluent pas de manière significative sur une période aussi courte que celle de l'expérimentation.

Pour cette composante nous avons donc fait le choix de ne procéder qu'à une seule mesure par patient, que nous utiliserons comme valeur unique. Elle a pour objectif de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses portant sur l'impact du profil cognitif (locus control externe ou interne) sur l'évolution des autres composantes. Nous avons fait remplir un questionnaire d'auto évaluation : l'échelle de mesure du locus of control of behaviour de Craig (1984).

1.3.3. L'outil utilisé : la L.C.B. scale de Craig et Andrews (1984)

Plusieurs échelles visant à évaluer l'orientation « interne » ou « externe » du sujet ont vu le jour. La plus répandue est celle de Rotter, en 1966, qui permet de distinguer les individus orientés vers le hasard, soit ceux qui se situent dans une position externe, de

ceux se situant plutôt dans une position interne. A partir de cette échelle, Ashley Craig crée un outil spécifiquement adapté au cas du bégaiement, ayant pour but d'évaluer les risques de récurrences de ce trouble en fonction du type de cognitions, internes ou externes, du sujet.

La L.C.B. scale (Locus of control of behaviour scale) de Craig et Andrews se présente sous la forme d'un questionnaire de dix-sept items, dont onze révèlent une tendance à « l'externalité » et six une tendance à l'intériorité. Les deux types d'items sont mélangés. Le patient évalue chaque item au moyen d'une échelle : « tout à fait en accord », « plutôt en accord », « plutôt en désaccord », « tout à fait en désaccord » (voir annexe V).

1.3.4. Nature des résultats quantifiés

N = nombre d'items évalués

S = score du patient sur un item (0 à 3 en fonction du niveau d'externalité révélé par la réponse cochée).

T = taux d'externalité

$$T = \frac{\text{somme } S \text{ des items évalués}}{N \times 3} \times 100 = \% \text{ d'externalité}$$

Plus le pourcentage est élevé, plus on est en présence d'une tendance à l'externalité importante.

1.4. Evaluation de la composante « émotion » : l'anxiété

1.4.1. Objectif

L'objectif consiste ici à évaluer la composante « émotion » en isolant une variable indépendante faisant partie intégrante des émotions et susceptible d'avoir l'impact le plus fort sur l'évolution des autres composantes du bégaiement également évaluées.

Nous avons donc fait le choix de nous focaliser sur l'évaluation de l'anxiété du sujet juste avant le début de la séance de groupe, afin de voir si, comme le suppose notre hypothèse, cette variable a un impact sur les autres composantes du bégaiement. L'anxiété, nous l'avons vu, recouvre l'anxiété-trait, c'est à dire le profil émotif du sujet en matière

d'anxiété de manière générale, et l'anxiété-état, c'est à dire le degré d'anxiété du sujet vis à vis d'une situation donnée.

Notre objectif est d'évaluer l'anxiété-état du sujet, puisque c'est celle qui est la plus susceptible de varier d'une séance à l'autre, et donc la plus susceptible d'apporter une réponse à notre hypothèse concernant l'impact des émotions sur les autres composantes du bégaiement.

1.4.2. Méthode de recueil des données

Pour cette composante, difficilement observable puisqu'il s'agit d'une émotion ressentie par le sujet à un moment précis, nous avons eu recours à l'auto évaluation par les patients. La veille de chaque séance de groupe, nous avons fait parvenir aux patients, comme convenu préalablement avec eux, un courrier électronique comportant les questionnaires d'auto évaluation à renseigner et un rappel de nos attentes : ils devaient renseigner ces questionnaires dans les trois heures précédant la séance de groupe.

1.4.3. L'outil utilisé : l'inventaire d'anxiété état-trait de Spielberger

L'inventaire d'anxiété état-trait (State Trait Anxiety Inventory ou STAI) est destiné à évaluer d'une part l'anxiété-trait et d'autre part l'anxiété-état au travers de vingt items qui ne concernent que les aspects psychologiques et non somatiques de l'anxiété. La « version Y » a été développée pour isoler les items plus liés à la dépression (Spielberger, 1993). C'est l'une des échelles d'auto-évaluation les plus utilisées et ses qualités métrologiques ont été validées sur plus de 6000 sujets normaux et patients. Les qualités psychométriques de la version française ont été établies par Bruchon Schweizer et Paulhan (ANAES, 2001).

Pour répondre à notre objectif, nous avons demandé à nos patients de renseigner la première partie de l'inventaire d'auto évaluation de Spielberger : la forme Y-A, comportant vingt items destinés à l'auto évaluation de l'anxiété-état. Le patient évalue chaque item au moyen d'une échelle : « non », « plutôt non », « plutôt oui », « oui » (voir annexe IV).

1.4.4. Nature des résultats quantifiés

N = nombre d'items évalués

S = score du patient sur un item (0 à 3 en fonction du niveau d'anxiété révélé par la réponse cochée).

T = taux d'anxiété

$$T = \frac{\text{somme } S \text{ des items évalués}}{N \times 3} \times 100 = \% \text{ d'anxiété}$$

Plus le pourcentage est élevé, plus on est en présence d'un degré d'anxiété élevé avant la séance de groupe.

2. Mode de mise en forme de nos données

2.1. Les résultats quantitatifs

L'ensemble de nos données brutes, obtenues comme indiqué précédemment, ont été saisies dans un fichier Excel et retransmises automatiquement, à l'aide de formules de calcul, à une seule feuille de calcul constituant notre base de données globale. Cette base de données comporte donc l'ensemble de nos données détaillées, pour chaque composante, chaque patient et chaque période de mesure. Nous avons ensuite pu exploiter cette base de données pour chercher des réponses à nos hypothèses au moyen d'un tableau croisé dynamique, permettant de croiser de manière souple les variables intéressantes à considérer de manière conjointe.

2.2. Les résultats qualitatifs : notre perception de leur bégaiement

Nous avons vu que le bégaiement est un trouble qui affecte la communication : il n'existe donc qu'au sein de l'interaction. Nos évaluations quantitatives ont pour but d'objectiver l'évolution des différentes composantes du bégaiement chez nos trois sujets ; elles sont centrées sur les sujets. Notre évaluation qualitative est purement et volontairement subjective puisqu'elle s'appuie sur notre perception des différentes composantes du trouble chez nos patients. Elle repose sur notre observation clinique de chaque personne

en interaction avec le thérapeute ou avec d'autres personnes du groupe, mais également sur notre perception de la qualité de l'échange lorsque nous étions nous-mêmes en interaction avec le sujet.

Nous présenterons cependant quelques données qualitatives des composantes immergées (anxiété et locus de contrôle). Elles ne sont pas issues de notre perception subjective (nous estimons ne pas avoir les compétences requises pour une évaluation qualitative de ces composantes) ; nous nous limiterons ici à l'exploitation des items cochés dans les questionnaires d'auto évaluation.

Chapitre IV
PRESENTATION DES RESULTATS

I. LECTURE DES RESULTATS : LES DIFFERENTS GRAPHIQUES

1. Forme des graphiques

Les graphiques présentent l'évolution d'un patient sur chacune des quatre composantes globales évaluées, ou sur une partie de leurs sous-composantes. En abscisse figurent les trois périodes de l'expérimentation (début, milieu, fin), en ordonnée le taux de performance. La légende du graphe précise la variable évaluée.

Quelques remarques concernant la lecture des graphiques :

- **l'anxiété** : un taux élevé révèle une anxiété importante avant la séance
- **la dysfluente** : plus il est élevé, plus la parole du sujet est altérée par des dysfluences.
- **l'externalité** : le taux représente le degré d'orientation du sujet vers des facteurs externes. Il est stable par définition puisqu'il n'a fait l'objet que d'une seule mesure.
- **les habiletés globales** : ce taux recouvre les habiletés au sein des différentes tâches proposées, que ce soit en situation de communication fluente ou suite à un blocage (comportement tranquillisateur). Plus le taux est élevé et plus le sujet manifeste un bon niveau d'habiletés sociales.
- **les habiletés lors de blocages** : ce taux reflète la présence ou l'absence de comportement tranquillisateur suite à un blocage.
- **les habiletés hors blocages** : ce taux reflète le degré d'habiletés sociales du sujet en situation fluente.

2. Choix des résultats présentés

2.1. Le profil global d'évolution des patients

Ces graphiques présentent l'évolution de chaque patient sur chacune des quatre composantes globales évaluées. L'objectif est d'avoir une vue globale du mode d'évolution des quatre composantes.

2.2. Évolution des composantes immergées et des habiletés

Ces graphes présentent l'évolution des patients sur les variables rattachées aux domaines des émotions et des cognitions d'une part et des habiletés sociales d'autre part. Ces résultats ont pour objectif de vérifier notre hypothèse 2 selon laquelle l'anxiété et l'externalité influencent les habiletés sociales et notamment la restauration du comportement tranquillisateur.

2.3. Les habiletés sociales et la dysfluence par type de tâche

Ces graphes ont un double objectif :

- donner une vision des habiletés par type de tâches (lecture, monologue, langage spontané). Nous avons vu que ces trois situations de parole ne faisaient pas appel aux mêmes compétences et le taux d'habileté global masque donc certainement des disparités selon le type de tâche.
- voir, par type de tâche, l'évolution relative de la dysfluence et des habiletés : l'objectif est d'obtenir des éléments de réponse à notre hypothèse 1, selon laquelle la fluence s'améliore en dernier, après les habiletés et notamment le comportement tranquillisateur.

Le contenu détaillé des types de tâches soumises aux patients en lecture, monologue et spontané est disponible en annexe I.

2.4. Les types de comparaisons utilisés entre les différents résultats

2.4.1. Au niveau des résultats d'un patient donné

- la comparaison de ses performances, sur une composante donnée, entre différentes mesures : elle permet de souligner un type d'évolution (amélioration, régression).
- la comparaison entre l'évolution de différentes composantes : elle permet de montrer comment différentes composantes évoluent chez un même patient (progression en parallèle, évolution inverse)
- la comparaison sur une même mesure, des performances sur plusieurs composantes et plusieurs situations de parole: elle permet de souligner par

exemple que pour un patient, c'est sur la tâche de lecture qu'il est le plus performant en terme de fluence et le moins performant en terme d'habiletés.

2.4.2. Comparaison entre différents patients

Dans un premier temps nous avons cherché des éléments de réponse dans les résultats propres à chaque patient. Dans certains cas ce procédé a ses limites, notamment quand l'évolution des performances pendant la durée de l'expérimentation est peu significative.

Nous avons donc comparé les performances de chaque patient, non pas composante par composante mais par couple de composantes : l'objectif est de voir si on retrouve les mêmes rapports chez nos trois patients (est-ce que quand le taux d'externalité est plus élevé, le taux d'habiletés est toujours plus faible ?).

II. RESULTATS QUANTITATIFS : REGARDS CROISES SUR L'EVOLUTION DES DIFFERENTES COMPOSANTES

1. Maxime

1.1. Profil global : anxiété en hausse, habiletés en baisse

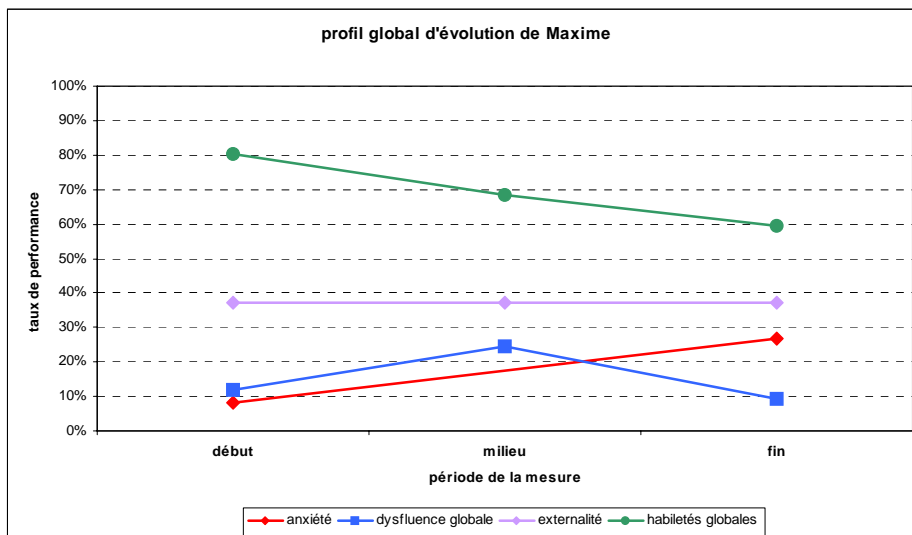


Figure2 : profil global d'évolution de Maxime

Le graphe du profil global d'évolution de Maxime montre une anxiété en hausse (8 % à 27 %), des habiletés globales en régression (80 à 59%), une dysfluence en légère baisse (12 à 9%) avec cependant un pic lors de la mesure B (25%).

Les résultats de Maxime indiquent ici une régression de ses performances au niveau de ses habiletés ne permettent donc pas de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse 2, qui elle s'inscrit dans une situation d'amélioration. Nous constatons cependant que l'anxiété augmente alors que les habiletés régressent, ce qui va plutôt dans le sens de notre hypothèse 2.

La régression des habiletés s'accompagne d'une diminution de la dysfluence, ce qui va à l'encontre de notre hypothèse 1.

1.2. Évolution des composantes immergées et des habiletés

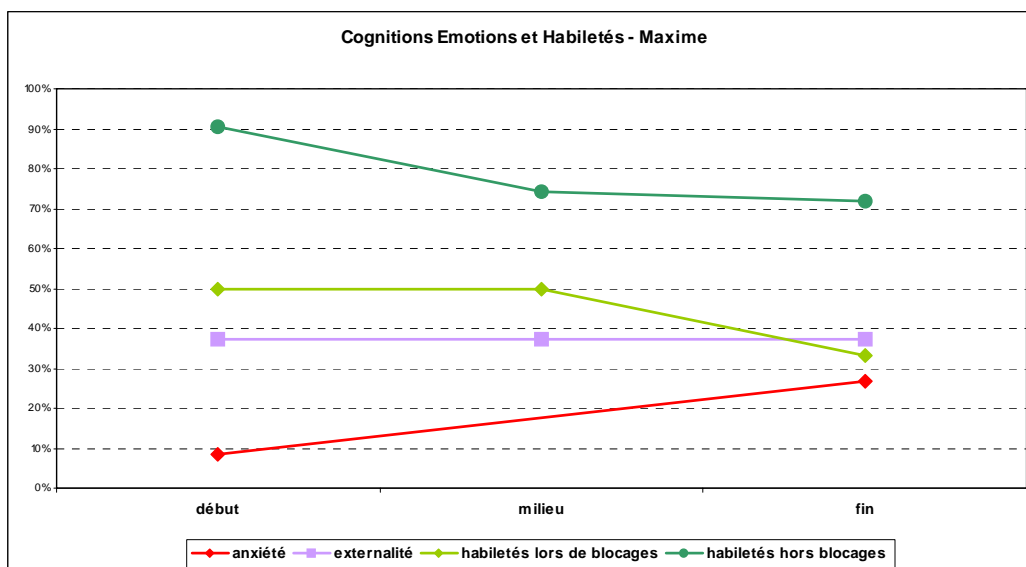


Figure3 : évolution des composantes Cognitions Emotions et Habiletés chez Maxime

Remarque : l'absence de mesure intermédiaire de l'anxiété est liée à un problème de rendu du questionnaire par le patient.

Ces résultats montrent une homogénéité dans l'évolution des habiletés sociales de Maxime entre les trois mesures.

Les habiletés hors blocage et le comportement tranquillisateur (habiletés lors de blocage) évoluent d'une manière relativement parallèle : le mode de communication de Maxime est homogène selon qu'il soit dans une parole fluente ou non. Ces résultats sont cohérents

avec notre perception d'interlocuteurs de Maxime : malgré sa dysfluente, son comportement non verbal contribue au maintien de l'échange.

Afin d'affiner notre analyse des causes possibles de cette régression des habiletés, nous avons isolé les résultats de Maxime par type de tâche.

1.3. Habiletés et dysfluente par type de tâche

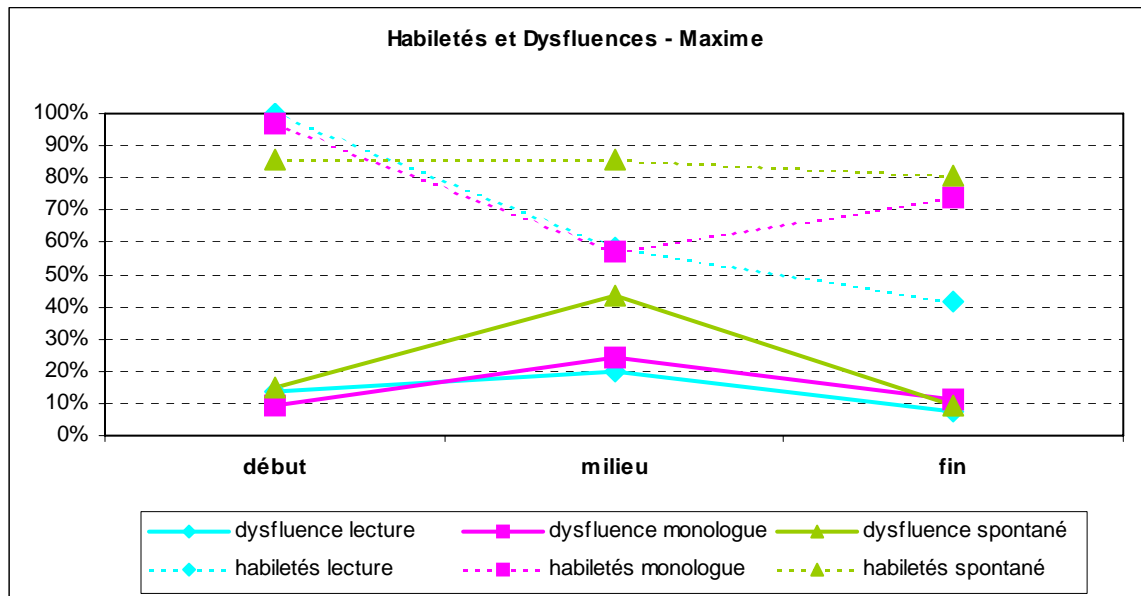


Figure 4 : évolution des habiletés et de la dysfluente par type de tâche chez Maxime

Nous constatons ici une grande hétérogénéité de l'évolution des habiletés selon la tâche proposée. La mesure initiale présente des résultats relativement homogènes pour les trois types de tâche (entre 86% et 100%). Les deux mesures suivantes montrent une grande stabilité des habiletés en « spontané », une régression en « monologue » et surtout en « lecture ». C'est donc dans la situation la plus dirigée que Maxime semble le moins à l'aise.

Le pic de dysfluente en deuxième mesure, constaté au niveau global, se confirme dans les résultats par type de tâche.

L'analyse comparée de l'évolution des habiletés et de la dysfluente rend difficile la réponse à notre hypothèse 1 : c'est en « spontané » que Maxime présente les meilleures habiletés, c'est là aussi qu'il est le plus dysfluent. Nous ne pouvons donc pas suggérer un impact de l'amélioration des habiletés sur celle de la fluente.

2. Marc

2.1. Profil global d'évolution : une grande stabilité

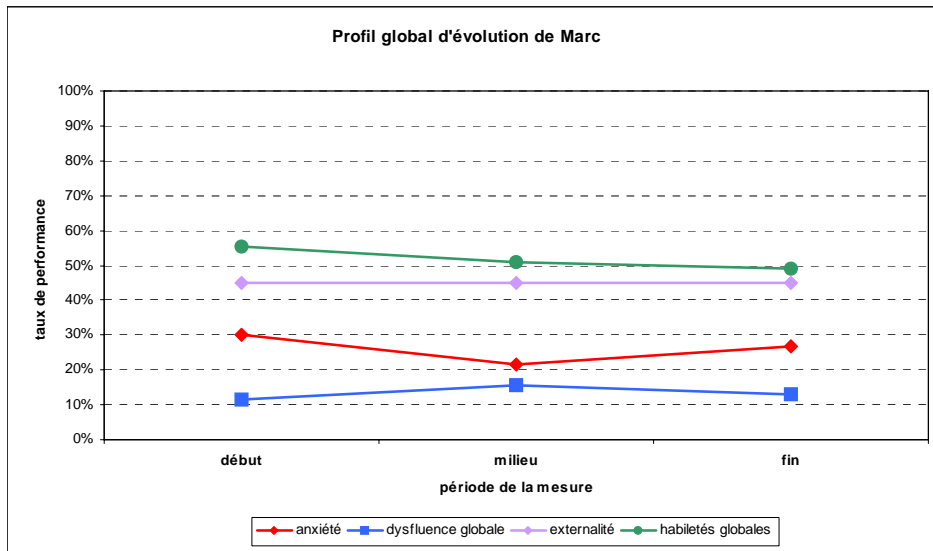


Figure 5 : profil global d'évolution de Marc

Les résultats de Marc se caractérisent par une grande constance sur l'ensemble des composantes, qui rend difficile la mise à jour d'élément en faveur ou à l'encontre de nos hypothèses. Pour tenter de répondre à nos hypothèses, nous avons utilisé deux éléments :

- d'une part la légère variation des composantes lors de la mesure du milieu : une légère baisse de l'anxiété en deuxième mesure (30% au début et 22% au milieu) avec pourtant une légère dégradation des habiletés (55% contre 51%). Ceci va plutôt dans un sens opposé à notre hypothèse 2. Cependant ces variations restent assez faibles.
- d'autre part la comparaison avec le profil de Maxime : en effet, Marc présente des résultats moins favorables que Maxime au niveau des composantes immergées (45% contre 37% en taux d'externalité, un taux d'anxiété toujours supérieur ou équivalent à celui de Maxime) et des habiletés bien moindres que celle de Maxime. Ceci va dans le sens de notre hypothèse 2.

2.2. Evolution des composantes immergées et des habiletés : le différentiel entre les habiletés hors blocage et les habiletés lors de blocages

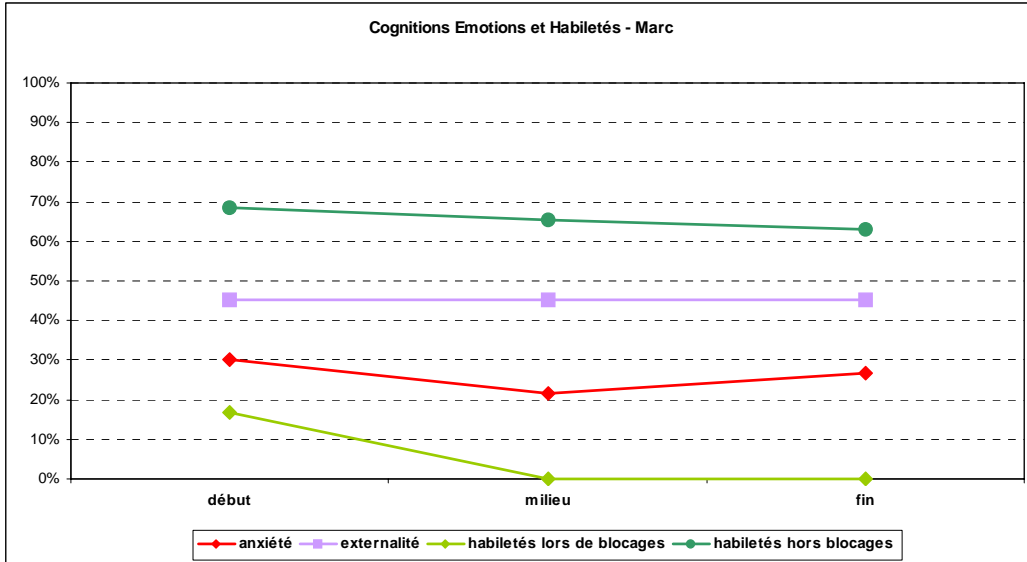


Figure6 : évolution des composantes Cognitions Emotions et Habiletés chez Marc

La communication de Marc se caractérise par une absence quasi totale de comportement tranquillisateur : alors qu’il a de bonnes compétences non verbales en situation fluente, Marc perd en qualité de communication lorsqu’il est confronté à un accident de parole. Ces résultats concordent avec notre perception d’interlocuteurs de Marc : en cas de dysfluence importante, le maintien de l’échange est difficile.

2.3. Habiletés et dysfluence par type de tâches

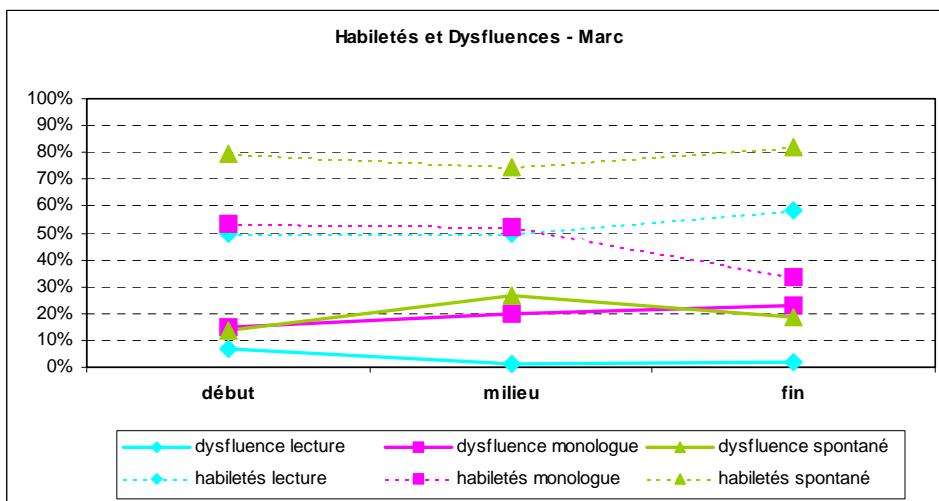


Figure7 : évolution de la dysfluence par type de tâche chez Marc

Marc présente de meilleures habiletés en situation spontanée qu'en lecture et en monologue. On constate une dégradation des habiletés au niveau du « monologue » à la dernière mesure alors que les habiletés en « lecture » et en « spontané » progressent. La stabilité du taux de dysfluence globale masque une disparité des taux de dysfluence par type de tâche requise. La dysfluence est bien moindre en lecture qu'en spontané.

Ces chiffres montrent qu'ici, le taux de dysfluence ne semble pas lié au niveau d'habileté. Notre observation clinique de Marc corrobore ce fait : plus Marc est fluide et moins il est communicant. Ces éléments vont à l'encontre de notre hypothèse 1 : les habiletés peuvent être bonnes dans un type de tâche alors que la dysfluence est importante, et vice versa.

3. Thibault

3.1. Profil global d'évolution : le taux d'externalité le plus faible, un bon niveau d'habiletés

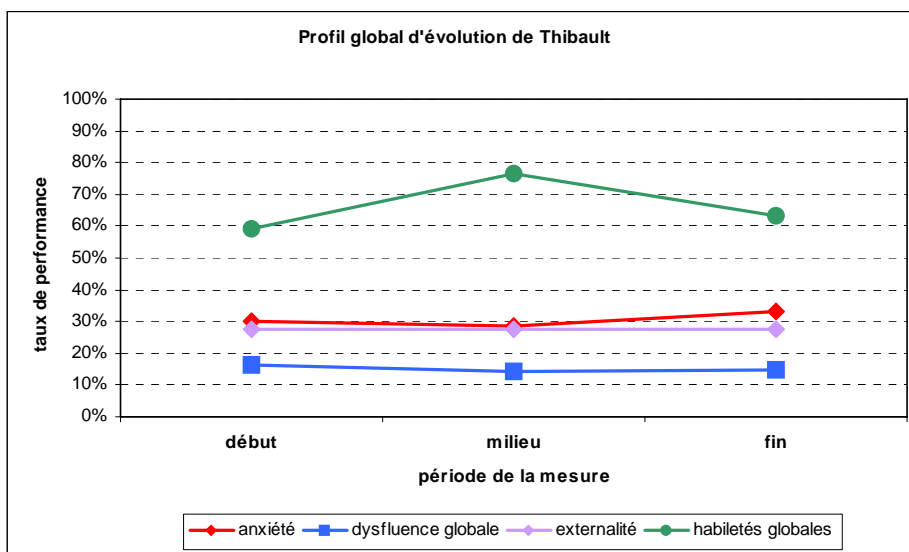


Figure 8 : profil global d'évolution de Thibault

Thibault présente de bonnes habiletés globales et le taux d'externalité le plus faible des trois patients. Ceci va plutôt dans le sens de notre hypothèse 2. Son niveau d'anxiété et son niveau de dysfluence restent stables.

3.2. Évolution des composantes immergées et des habiletés : le différentiel entre les habiletés hors blocage et les habiletés lors de blocages

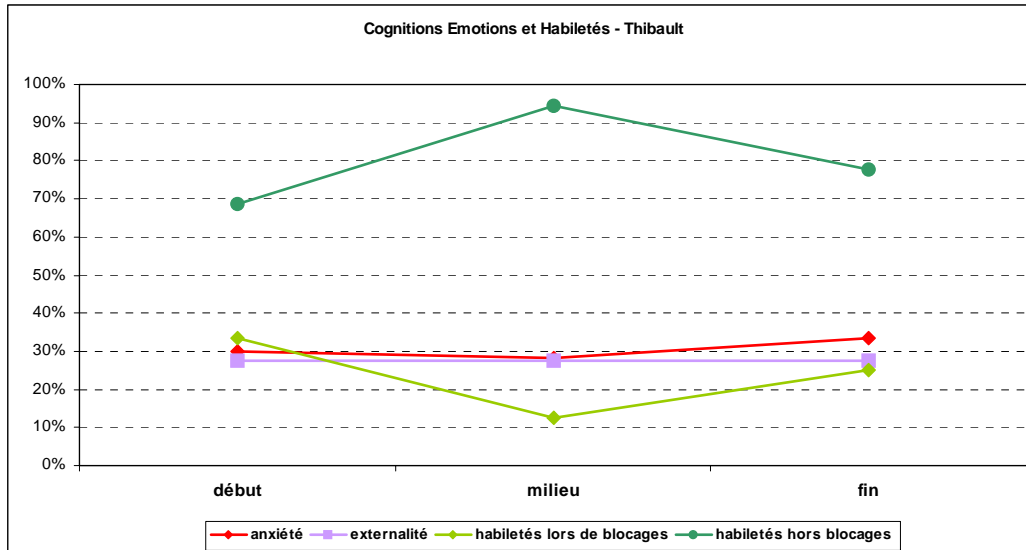


Figure9 : évolution des composantes Cognitions Emotions et Habiletés chez Thibault

Comme pour Marc, nous constatons ici une disparité importante entre les habiletés en situation de communication fluente et celles suite à un accident de parole. On a donc un comportement tranquillisateur peu présent, qui peut impliquer un certain malaise de l'interlocuteur.

3.3. Habiletés et dysfluente par type de tâche

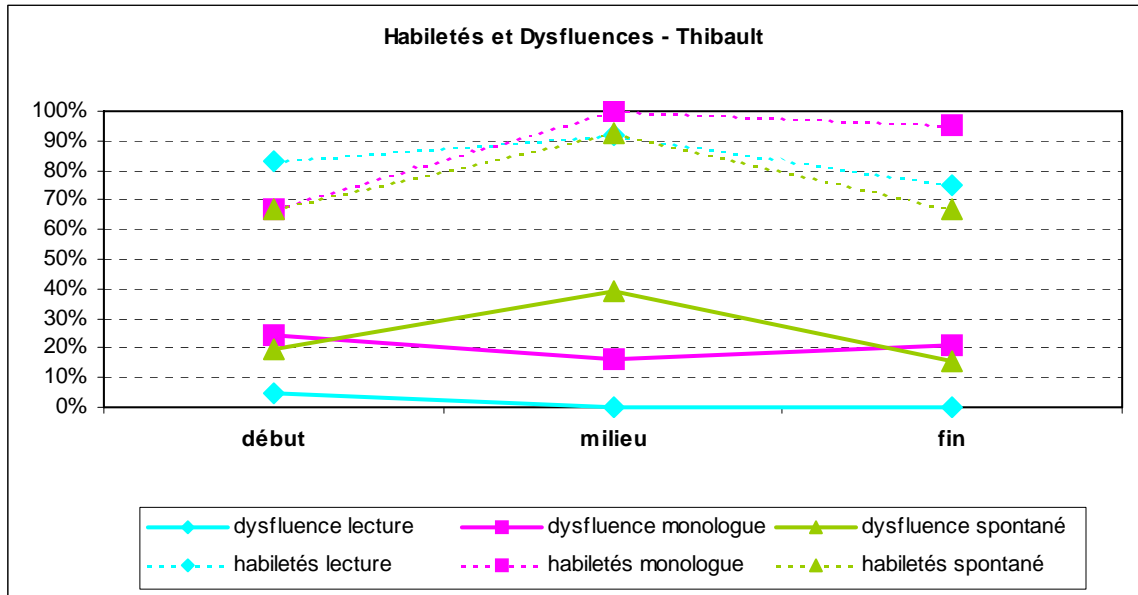


Figure10 : évolution des habiletés et de la dysfluente chez Thibault

La stabilité du taux de dysfluente global masque des disparités importantes en fonction du type de tâche : la lecture reste la tâche où Thibault maîtrise le mieux sa parole.

En deuxième mesure, la dysfluente en « spontané » présente un pic, alors que les habiletés sur cette même tâche sont en progression : ici encore, on voit que l'amélioration des habiletés n'implique pas celle de la fluente (habiletés et fluente évoluent même ici de manière opposée).

4. Comparaison des performances entre les patients

L'objectif de ces comparaisons est également de vérifier nos hypothèses.

Pour vérifier notre hypothèse 2, selon laquelle anxiété et externalité déterminent l'évolution des habiletés sociales, nous avons voulu voir si un patient aux taux d'anxiété et d'externalité plus élevé qu'un autre a bien des habiletés plus faibles. Pour cela le tableau ci-dessous présente, pour chaque mesure et chaque composante la différence de performance entre deux patients.

	différentiel Marc - Maxime	différentiel Marc – Thibault	différentiel Maxime - Thibault
<i>début</i>	comparaison n°1	comparaison n°2	comparaison n°3
anxiété	22%	0%	-22%
externalité	8%	18%	10%
habiletés	-25%	-4%	21%
<i>milieu</i>	comparaison n°4	comparaison n°5	comparaison n°6
anxiété	/	-7%	/
externalité	8%	18%	10%
habiletés	-18%	-26%	-8%
<i>fin</i>	comparaison n°7	comparaison n°8	comparaison n°9
anxiété	0%	-7%	-7%
externalité	8%	18%	10%
habiletés	-10%	-14%	-4%

Tableau3 : différentiel de performance par couple de patients

Exemple : sur la mesure « début », Marc est plus anxieux que Maxime de 22 points (sur 100) et moins habile de 25 points.

Les comparaisons figurant en bleu sont celles pour lesquelles on a une situation allant plutôt dans le sens de notre hypothèse 2 : un taux d’externalité plus élevé entre deux patient s’accompagnant d’un taux d’habiletés plus faibles (les huit comparaisons figurant en bleu sont dans ce cas).

Cependant ces résultats sont à relativiser puisque sur ces huit cas, on en a trois où le taux d’anxiété est plus élevé chez le patient présentant les meilleures habiletés et deux pour lesquels on ne dispose pas du taux d’anxiété (cas en bleu clair).

III. RESULTATS QUALITATIFS

Ils ont pour but de fournir un éclairage qualitatif complémentaire. Ils sont issus, comme décrit dans notre expérimentation, d'une part de notre observation clinique (visualisation des vidéos, écoute des enregistrements audio, participation aux séances) et d'autre part de l'analyse des questionnaires d'auto évaluation.

1. Maxime

1.1. Résultats qualitatifs des composantes visibles chez Maxime : dysfluence et habiletés sociales

La dysfluence qui prédomine dans le discours de Maxime est constituée essentiellement de prolongations, de mots inachevés et d'interjections (voir en annexe II-2). Ceci correspond bien à notre observation lors des séances de groupe : le discours de Maxime est hésitant, peu audible, avec une baisse d'intensité en fin de phrase. Nous n'objectivons cependant pas de syncinésies associées à sa parole ; son visage reste détendu. Le rythme de sa parole reste adapté, malgré la présence des prolongations.

Lors de notre entretien de départ, Maxime nous a expliqué qu'il utilisait des stratégies d'évitement de certains mots ou phonèmes redoutés. Ceci reste peu visible dans son discours.

Nous avons vu au niveau des résultats quantitatifs que Maxime présentait un bon niveau d'habileté et l'utilisation du comportement tranquillisateur. On constate en effet que en situation de monologue et d'interaction spontanée, Maxime est très expressif, fait des gestes qui accompagnent le discours, a une posture relativement ouverte. Il parle de lui de manière adaptée (il peut parler de lui en exprimant des choses personnelles sans pour autant les développer de manière excessive). Il participe activement aux conversations et pose des questions qui manifestent son intérêt et sa qualité d'écoute vis-à-vis des autres participants (par exemple lors des nouvelles de la quinzaine écoulée).

Maxime manifeste un comportement tranquillisateur lorsqu'il bégaye. Il a alors recours plutôt à l'utilisation de gestes et d'expression du visage. Les manifestations observées sont : des froncements de sourcils, un sourire complice, un mouvement de tête vers l'avant comme pour surmonter une difficulté.

1.2. Résultats qualitatifs des composantes immergées chez Maxime : anxiété et locus de contrôle

Le questionnaire d'auto évaluation de l'anxiété rempli par Maxime de la première mesure montre un niveau d'anxiété relativement faible et de ce fait nous donne peu d'éléments sur la nature de cette anxiété. Le questionnaire de la dernière mesure au contraire montre une évolution de cette anxiété liée notamment à deux items de la grille d'auto évaluation : « je me sens surmené » et « je me sens ému, bouleversé, contrarié ».

Concernant la tendance à l'externalité chez Maxime, on note qu'il ne s'attribue pas le contrôle de certains paramètres physiques (tonus musculaire, respiration). Ce type de cognition peut présenter un obstacle pour la gestion technique du bégaiement. Sur les autres items de ce questionnaire, Maxime exprime qu'il pense avoir une action sur les choses et les événements.

2. Marc

2.1. Résultats qualitatifs des composantes visibles chez Marc : dysfluence et habiletés sociales

La dysfluence qui prédomine dans le discours de Marc est constituée essentiellement de blocages et d'interjections. Ces blocages altèrent fortement la qualité de l'échange : ils s'accompagnent d'une perte du contact visuel et d'une attitude figée créant un malaise chez l'interlocuteur. Le rythme de sa parole est un peu ralenti.

Au niveau des habiletés, Marc a une attitude physique générale assez figée : son visage est peu expressif bien que par moment très souriant, son ton est monocorde et sa voix un peu voilée, sa posture est plutôt figée et fermée (bras croisés, changements de position fréquents évoquant la recherche d'une posture où il serait à l'aise). Cependant il manifeste une écoute attentive des autres et peut poser des questions. Il peut engager la conversation en initiant un thème. Il peut exprimer des contenus personnels d'une manière adaptée.

Il présente une absence totale de comportement tranquillisateur : perte du contact visuel, pas d'expression du visage ni de geste, pas de manifestation verbale signalant le blocage à l'interlocuteur. Cette altération de sa compétence communicative a un impact important sur la qualité de l'échange.

2.2. Résultats qualitatifs des composantes immergées chez Marc : anxiété et locus de contrôle

Les réponses de Marc aux questionnaires d'auto évaluation de l'anxiété dressent le profil d'une personne plutôt inquiète, peu sûre d'elle, indécise. Il ne se sent pas en sécurité et l'idée de malheurs éventuels le tracasse. En dernière mesure, les deux ressentis précédents ont disparu mais Marc est ému, bouleversé, dérouté. Les réponses de la dernière mesure sont à mettre en lien avec une épreuve personnelle familiale que Marc a dû surmonter en fin d'année.

L'auto-évaluation du locus de contrôle de Marc montre une tendance marquée à l'externalité. Il indique son accord avec les items exprimant l'idée que le hasard et le destin déterminent les événements personnels.

3. Thibault

3.1. Résultats qualitatifs des composantes visibles chez Thibault : dysfluence et habiletés sociales

La dysfluence qui prédomine chez Thibault est constituée essentiellement d'interjections, de répétitions de mots et de coups de glotte. On note également un discours émaillé de nombreuses circonlocutions servant de mots d'appui pour éviter de prononcer les mots bégayés. Son rythme est précipité, nuisant même parfois à l'intelligibilité. L'intensité est excessive (inadaptée au contexte). Sa prosodie est intonative, mettant de la bonne humeur dans le groupe.

Au niveau des habiletés, Thibault a une attitude très affirmée, ouverte sur les autres, il a un bon contact visuel, il accompagne son discours de nombreux gestes. Son élocution est cependant marquée par une surarticulation et une intensité de voix trop élevée (par rapport au lieu et à la distance des interlocuteurs). Cette surarticulation est plus particulièrement présente lors d'un blocage ; c'est d'ailleurs la seule manifestation de son comportement tranquillisateur. Toutefois, Thibault peut monopoliser parfois la parole dans le groupe en allant dans le détail lorsqu'il se livre sur des sujets plus personnels. De par une grande affirmation de soi, Thibault peut parler de lui longuement, laissant parfois moins l'occasion aux autres patients plus inhibés de s'exprimer.

3.2. Résultats qualitatifs des composantes immergées chez Thibault : anxiété et locus de contrôle

D'après les questionnaires d'auto-évaluation de l'anxiété, Thibault se sent nerveux, irritable, peu posé. En séance, il exprime lui-même cette anxiété, qui génère chez lui de l'impulsivité, essentiellement en famille. Thibault a bien conscience de cet état et fait des efforts pour mieux gérer cette nervosité, pour ralentir le rythme de sa parole. La TCC de groupe essaye de pallier ce comportement notamment par des jeux de rôles : les consignes données avant l'exercice cadrent Thibault au niveau de son rythme et de sa précipitation.

Concernant les cognitions, le seul item marquant l'externalité avec lequel il est en accord est « mes problèmes me domineront toute ma vie ». Ce type de cognition reflète bien la contradiction de Thibault à vouloir s'en sortir tout en voulant faire avec son trouble.

Chapitre V
DISCUSSION DES RESULTATS

I. SYNTHÈSE DES RESULTATS PAR RAPPORT A NOS HYPOTHESES

Le tableau ci-dessous reprend nos principaux résultats en les rattachant à nos hypothèses. Les éléments marqués d'un \oplus sont ceux qui vont dans le sens de l'hypothèse, ceux marqués d'un \ominus vont dans le sens inverse de l'hypothèse.

Afin d'en faciliter la lecture, rappelons nos hypothèses opérationnelles :

- **Hypothèse 1** : la fluence est le paramètre le plus résistant, qui s'améliore en dernier, après les habiletés et notamment le comportement tranquillisateur.
- **Hypothèse 2** : l'anxiété et le taux d'externalité sont des paramètres qui déterminent l'amélioration des habiletés sociales et notamment la restauration du comportement tranquillisateur.

	hypothèse 1	hypothèse 2
résultats de Maxime	<p>\ominus La régression significative des habiletés s'accompagne d'une légère diminution de la dysfluence</p> <p>\ominus L'analyse comparée de l'évolution des habiletés et de la dysfluence rend difficile une réponse à notre hypothèse 1 : c'est en « spontané » que Maxime présente les meilleures habiletés, c'est là aussi qu'il est le plus dysfluent. On ne peut donc pas suggérer un impact de l'amélioration des habiletés sur celle de la fluence.</p>	<p>$\oplus/-$ Les résultats de Maxime indiquent ici une régression de ses performances au niveau de ses habiletés et ne permettent donc pas de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse 2, qui elle s'inscrit dans une situation d'amélioration. Nous constatons cependant que l'anxiété augmente alors que les habiletés régressent, ce qui va plutôt dans le sens de notre hypothèse 2.</p>

résultats de Marc	<p>☐ Ces chiffres montrent qu'ici, le taux de dysfluence ne semble pas lié au niveau d'habileté. Notre observation clinique de Marc corrobore ce fait : plus Marc est fluide et moins il est communicant. Ces éléments vont à l'encontre de notre hypothèse 1 : les habiletés peuvent être bonnes dans un type de tâche alors que la dysfluence est importante, et vice versa.</p>	<p>☐ Légère variation des composantes lors de la mesure du milieu : une légère baisse de l'anxiété en deuxième mesure (30% au début et 22% au milieu) avec pourtant une légère dégradation des habiletés (55% contre 51%). Ceci va plutôt dans un sens opposé à notre hypothèse 2. Cependant ces variations restent assez faibles</p>
résultats de Thibault	<p>L'absence d'évolution de la fluence empêche de tirer des conclusions pour Thibault quant à notre hypothèse 1.</p>	<p>☑ Thibault présente de bonnes habiletés globales et le taux d'externalité le plus faible des trois patients. Ceci va plutôt dans le sens de notre hypothèse 2</p>
comparaison entre patients		<p>☑ On constate que dans tous les cas, sauf un (différentiel Maxime-Thibault de la première mesure), on a toujours un taux d'habileté plus faible quand le taux d'externalité est plus élevé. Sur ces huit comparaisons, on en a cependant trois où le taux d'anxiété est moins élevé. Ces chiffres tendent plutôt à confirmer notre hypothèse 2.</p>

Tableau4 : synthèse des résultats par rapport à nos hypothèses

Nous constatons donc des résultats qui tendent à infirmer l'hypothèse 1, et qui par contre iraient plutôt dans le sens de notre hypothèse 2.

Avant de discuter ces résultats, il est important de préciser certaines limites de notre expérimentation : elles sont à intégrer à l'analyse des valeurs obtenues.

II. LES OUTILS DE NOTRE EXPERIMENTATION : LES BIAIS POSSIBLES

1. Les biais liés à l'auto évaluation

1.1. L'auto évaluation et le déni du bégaiement

Nous avons voulu privilégier pour les composantes immergées du bégaiement (anxiété et taux d'externalité) l'utilisation de questionnaires d'auto évaluation car les données personnelles que nous voulions obtenir ne pouvaient faire l'objet d'une observation clinique. Nous nous sommes rendu compte que cette démarche était valable à condition que les patients se mettent dans les meilleures conditions possibles pour répondre aux questions posées avec recul. En effet, il est nécessaire de pouvoir effectuer une certaine introspection pour répondre au plus juste aux items.

Or nous pouvons nous demander quelle est la part de réponses qui sont au plus près des ressentis face à une personnalité comme celle de Thibault. En effet, il nous semble, à l'issue de l'entretien au début de notre rencontre avec Thibault, que son discours présente beaucoup de contradictions. On note des contradictions concernant ses attentes vis-à-vis de la prise en charge, et des contradictions concernant la perception de son trouble. Il vient pour aider son fils mais aussi pour lui-même, pour pouvoir accepter son bégaiement et aussi pour le faire disparaître complètement. Nous pensons donc que Thibault est encore dans le déni de son trouble dans certaines situations et essaye de masquer son bégaiement par des comportements d'évitements comme des périphrases lors de blocage.

Cette attitude est également marquée par la faible présence du comportement tranquillisateur et un refus d'aide de la part de l'interlocuteur ce qui laisse penser que Thibault n'a pas accepté encore entièrement son bégaiement. Or les questionnaires le ramènent à une réalité qu'il peut avoir envie d'occulter pour moins souffrir.

L'auto évaluation comporte donc une limite très liée à la symptomatologie du bégaiement. En effet le bégaiement entraîne souvent un comportement de déni (Simon, 1993). Cette attitude réactionnelle fait l'objet d'un travail spécifique en thérapie cognitive

et comportementale individuelle. Mais en cas de résistance de ce déni, l'auto évaluation s'en trouve naturellement biaisée.

Cependant elle constitue un outil thérapeutique très intéressant, puisqu'elle place le patient en tant que sujet, acteur de l'évolution de son trouble, responsable jusqu'à mesurer lui-même où il en est de sa progression.

L'auto évaluation est un outil riche, à manier avec précaution :

- elle peut créer un biais dans une expérimentation comme la nôtre
- elle constitue également un geste de soin puisqu'elle favorise la responsabilisation du patient
- enfin elle permet d'évaluer si le patient est dans le déni ou non (par une comparaison entre le véritable état interne du patient décelé à travers un entretien approfondi et les réponses cochées dans une auto évaluation).

1.2. L'auto évaluation et l'implication des patients dans notre étude

Suite à la réalisation de cette expérimentation, nous avons noté combien l'implication de nos patients était déterminante pour le recueil de nos données, notamment celles basées sur une auto évaluation.

En effet, nous leur proposons chaque veille des groupes faisant l'objet de nos mesures, les questionnaires d'auto évaluation à remplir, en rappelant les objectifs de ce recueil de données pour notre étude.

Or, avec le recul, nous pensons qu'il aurait été préférable de donner un cadre plus rigoureux à ce recueil pour éviter la perte de données liée à des oublis de rendu (cas de Maxime où nous n'avons pas la mesure B concernant l'anxiété) ou pour permettre l'introspection avec l'aide du thérapeute.

En effet, nous aurions pu imaginer prendre un temps sur la séance de groupe où nous aurions rappelé l'importance de ce recueil des données à l'ensemble du groupe avec un appui du thérapeute que les participants connaissent mieux. Dans ce cadre, nous aurions pu laisser un temps aux patients pour être au plus proche d'une situation de calme et de sérénité favorisant l'introspection pour être au plus juste dans les réponses attendues.

Nous aurions également mieux contrôlé le moment où les patients renseignent leur questionnaire d'auto évaluation.

1.3. L'auto évaluation de l'anxiété par type de situation de parole : une donnée manquante

Lors de l'évaluation de l'anxiété-état à savoir l'anxiété liée à un moment spécifique, nous avons choisi de faire remplir les questionnaires aux patients dans les heures précédents le groupe. Or, pour avoir un regard croisé précis sur les différentes composantes que nous avons isolées, il aurait pu être judicieux d'évaluer l'anxiété-état avant chaque type de situation de parole (lecture, monologue, parole spontanée) pour cerner l'impact de l'anxiété générée selon le type de tâche sur la composante des habiletés. Cependant, cette démarche est contraignante car elle peut empêcher le déroulement naturel des activités et des interactions mises en place au fil de la séance : il peut être gênant de devoir arrêter le cours de la séance pour remplir des questionnaires, cette situation pouvant elle-même devenir génératrice d'anxiété.

2. Le paramètre « situation de parole » : un paramètre déterminant à mieux contrôler

2.1. Différences de comportements majeures face aux différentes situations de parole

Les résultats montrent que le type de tâche pouvait avoir un impact au niveau des habiletés : pour Maxime, la lecture fait chuter son niveau d'habiletés, pour Marc, c'est le monologue et pour Thibault, c'est le spontané.

Trois types de patients aux personnalités différentes :

Nous trouvons que Maxime est un bon communicant qui met à l'aise son interlocuteur. Il soutient le regard, est présent dans la communication, il tient compte du contexte et parle de lui d'une façon adaptée : avec pudeur mais en étant informatif.

Nous pensons donc que Maxime est plus à l'aise en situation d'interaction où il peut prendre appui sur son interlocuteur. La situation la plus dirigée représentée pour la lecture ne lui convient pas, il perd ses moyens et sa voix baisse en intensité comme pour masquer

ses dysfluences. Rappelons que cette situation peut être génératrice d'anxiété car la lecture se fait au micro, debout devant le groupe.

Marc est moins à l'aise dans le monologue ce qui confirme les ressentis que nous avons lorsque nous l'avions vu en entretien. Il est assez inhibé et ne se dévoile pas dans l'excès : parler de lui ne semble pas représenter une situation dans laquelle il est détendu.

Notons également que le contenu du monologue lors des deux dernières séances (parler d'un vêtement que l'on porte sur soi et d'un cadeau reçu à Noël) est assez personnel et surtout imprévu, contrairement à la tâche de présentation à laquelle Marc est plus habitué. Ceci peut générer des dysfluences chez un patient comme Marc qui manque un peu d'affirmation de soi et aime maîtriser les situations.

Quant à Thibault, il donne l'impression d'être un très bon orateur avec beaucoup d'humour, il détend l'atmosphère du groupe par des prestations parfois théâtrales n'hésitant pas à se mettre en avant avec une voix d'intensité élevée.

Or, ces prestations peuvent manquer parfois de naturel : Thibault est trop dans le jeu de rôle : cette situation fait de lui un bon communicant parfois à l'excès. En effet, lorsqu'il bégaye, le taux de ses habiletés diminue du fait de l'absence de comportement tranquillisateur.

Il semble donc à l'aise dans des situations d'interactions mais lorsqu'il y a des dysfluences, il passe en force en accentuant l'intensité de sa voix et en allant beaucoup plus vite ce qui lui fait perdre ses qualités de bon communicant puisqu'il ne tient plus compte de l'interlocuteur.

2.2. Contenus des tâches proposées à contrôler davantage

Les composantes « dysfluence » et « habiletés » portent sur trois situations de parole (lecture, monologue, spontané). Les caractéristiques de chacune de ces situations de parole se sont révélées relativement stables d'une mesure à l'autre : le lieu et le contexte sont restés identiques, le type de contenu était relativement proche. Malgré tout on peut noter des différences pouvant influencer sur les résultats obtenus : les thèmes proposés pour le monologue et le débat ont parfois des charges émotives différentes d'une mesure à l'autre.

Or nous savons que le bégaiement est fortement influencé par la charge émotionnelle d'une situation. Il aurait donc été pertinent de mieux caractériser les types de tâches auxquelles les patients ont été soumis afin de mieux contrôler leur stabilité d'une mesure à l'autre.

3. Les limites de l'évaluation au sein d'un groupe de patients

3.1.1. Le groupe : un contexte pas totalement écologique

Par définition, la communication au sein d'un groupe de patients n'est pas tout à fait écologique. Les patients sont là pour exercer leur communication au sein d'un environnement sécurisant, moins anxiogène que la vie réelle. Ce contexte de communication pas totalement naturel n'est cependant pas gênant dans notre expérimentation pour les raisons suivantes :

- nos trois mesures sont effectuées dans ce même contexte, et ce sont les performances relatives et non pas absolues des patients qui nous importent (dans le temps ou les uns par rapport aux autres dans certains cas).
- le contexte du groupe est certes plus sécurisant, mais il sert aussi de lieu d'entraînement à des situations anxiogènes souvent évitées par les patients dans la réalité : le groupe est donc moins anxiogène d'un côté, mais il l'est plus par les exercices à réaliser.

3.1.2. L'évaluation du comportement tranquillisateur au sein du groupe

Nous pouvons nous poser la question de la pertinence d'évaluer le comportement tranquillisateur dans un microcosme comme le groupe. En effet, les patients réunis savent qu'ils bégayent tous et partagent cette réalité. Nous pourrions supposer que certains patients ne voient pas l'utilité de tranquilliser l'interlocuteur lors de blocages puisque le groupe est complice et sait réagir lors d'accidents de parole. Si tel était le cas, l'évaluation de la présence d'un comportement tranquillisateur dans ce contexte serait vaine, et elle devrait se faire nécessairement dans un contexte écologique (qui sort du cadre de notre étude).

Mais pour Le Huche, le comportement tranquillisateur est une habileté déployée de manière automatique, inconsciente : on peut donc supposer que si elle est en place chez un sujet, il la manifestera en toute circonstance, et aussi au sein du groupe.

4. Les limites liées à l'utilisation de la vidéo

Les études réalisées sur l'utilisation de la vidéo, notamment dans le cadre de l'accompagnement parental, ont montré que l'utilisation de cet outil ne modifie pas les comportements mais aurait plutôt tendance à les majorer, les rendant ainsi encore plus lisibles.

Bien que nos patients aient l'habitude d'être filmés en séance individuelle pour prendre conscience de leur bégaiement et agir dessus, nous pouvons nous demander si la présence de la caméra lors de nos mesures n'a pas majoré certains comportements de communication lors des différentes tâches.

Il est déjà difficile pour un patient bègue de lire ou parler devant le groupe car il s'expose vraiment aux réactions et commentaires d'autrui mais ce sentiment de se mettre à nu peut être amplifié face à la caméra et entraîner davantage de dysfluences et d'anxiété.

Mais dans la mesure où la vidéo ne fait qu'amplifier sans modifier, elle ne représente pas un biais pour notre étude, qui n'utilise les valeurs obtenues que pour les comparer entre elles et non pas les exploiter individuellement.

III. DISCUSSION DE NOS HYPOTHESES

A l'issue de notre travail, nous pouvons en partie répondre à notre question : dans le processus de régression du bégaiement, l'amélioration d'une composante peut enclencher l'amélioration d'une autre.

1. Des résultats qui vont dans le sens de notre seconde hypothèse : anxiété et externalité semblent déterminer l'amélioration des habiletés sociales.

Selon Simon (1993), il est fondamental de faire comprendre et de mettre en œuvre l'idée que la forme de la parole ne peut réellement évoluer que si les aspects psychologiques qui sont apparus dans la partie basse de l'iceberg commencent à changer. Et si cette partie plus personnelle de l'iceberg n'évolue pas, les modifications acquises de la parole ne se maintiendront pas dans le temps.

Notre étude va dans ce sens puisque la partie immergée (ici les cognitions et émotions) aurait un impact sur la partie émergée (habiletés sociales).

Pour Maxime, rappelons que son anxiété augmente et que son taux d'habiletés sociales et de comportement tranquillisateur régresse. Il est alors intéressant de voir que ce qui fait chuter son taux d'habiletés est la tâche de lecture car cette situation dirigée le met mal à l'aise et paralyse ses performances en communication.

Il est vrai que nous devons tenir compte pour Maxime du fait que nous n'avons pas la mesure B pour l'anxiété mais notre observation clinique ce jour-là nous permet d'éclairer certains points.

Maxime paraît fatigué, mal à l'aise, en perte de confiance : les graphiques montrent un net pic au niveau des dysfluences dans toutes les tâches ce jour-là, c'est pourquoi nous pensons que l'anxiété augmente depuis le début malgré l'absence du questionnaire pour étayer ce fait.

Rappelons également pour Marc que ses résultats vont dans le sens de notre deuxième hypothèse uniquement si nous le comparons à Maxime. En effet, son taux d'externalité est plus important et son taux d'anxiété supérieur ou similaire à ceux de Maxime avec des habiletés sociales plus faibles.

2. Des résultats qui contredisent notre première hypothèse : les habiletés ne commandent pas la fluence

2.1. Une progression inverse de la fluence et des habiletés

En effet, pour Marc, la fluence s'améliore malgré des habiletés qui stagnent voire régressent et Maxime présente un profil où le taux de dysfluence reste élevé malgré de bonnes habiletés globales.

Nos résultats concernant Marc sont instructifs : c'est sur les tâches où il est le plus fluent qu'il communique avec le moins d'aisance.

D'après nos observations, nous pensons que la fluence de Marc résulte d'un hyper contrôle, qui se fait au détriment de la prise en compte de son interlocuteur.

Marc semble avoir beaucoup investi la gestion technique de sa parole, il y consacre de l'énergie et ne prend pas le risque de « s'abandonner » à l'interaction, pour rester maître de ses productions. Cette conduite de retenue lui donne une attitude assez figée, avec même parfois des comportements apragmatiques (ex : au moment de se quitter lors de l'anamnèse, il ne parvient pas à prendre l'initiative de prendre congé et reste là en ne nous donnant pas l'impression d'avoir envie de continuer une quelconque discussion).

La fluence, lorsqu'elle se base sur une gestion technique de la parole qui n'est pas encore automatisée par le sujet, se fait au détriment des habiletés. Cette situation où la fluence prend le pas sur les habiletés n'est sans doute qu'une étape, avant un nouvel équilibre plus harmonieux entre qualité de communication et qualité de parole.

Mais pour viser cet équilibre, on sent bien que le patient doit se risquer davantage au sein de l'interaction, accorder plus de ressources cognitives et affectives à la prise en compte de l'interlocuteur qu'à la gestion technique de sa parole. C'est ce que fait Maxime, chez qui on note les écarts de performance les plus importants d'une mesure à l'autre.

2.2. La stabilité des résultats : signe d'équilibre ou de stagnation ?

Nous avons remarqué, notamment chez Marc et Thibault, de faibles variations entre les mesures, notamment au niveau de la dysfluence. Nous pouvons nous interroger sur cette stabilité.

Contrairement au profil de Maxime, les performances de Marc et Thibault sont très stables, notamment au niveau de la dysfluence. Cette stabilité pourrait être mise en lien avec l'hyper contrôle, très présent chez Marc : il a une bonne maîtrise de son bégaiement, mais le revers de cette maîtrise semble être une absence d'évolution. Marc figerait son comportement verbal et non verbal de peur de perdre un équilibre, mais cet immobilisme (qu'on retrouve dans l'hyper contrôle de sa parole, de sa posture) peut l'empêcher de se risquer à progresser encore.

Chez Thibault cette stabilité est à mettre en lien avec la présence d'un déni du trouble, lisible dans l'entretien de départ, et les nombreux mécanismes d'évitement mis en place dans sa communication. Ceci montre bien la difficulté à l'âge adulte de se défaire de comportements appris et de schémas cognitifs ancrés depuis longtemps.

IV. L'OBJECTIF FACE AU BEGAIEMENT : REGRESSION DU TROUBLE OU MAITRISE DE LA RECIDIVE ?

1. Le rythme de régression du trouble

Vu le temps qui nous est imparti pour réaliser notre mémoire, nous n'avons pu faire une expérimentation supérieure à 5 mois mais il est vrai qu'à ce stade du trouble, les progrès sont plus lents qu'en début de prise en charge. Tout l'enjeu au niveau des acquis qui se dessinent au cours d'une prise en charge ne concernera pas seulement la fluence, selon Simon (1996), mais les changements obtenus dans la vie au jour le jour, ce qu'elle appelle sortir du « Vivre Bègue »

Simon (1996) parle d'ailleurs de la difficulté de changer pour les patients adultes qui se sont construits avec leur bégaiement et qui répugnent à rouvrir de vieilles blessures, se contentant de l'identité qu'ils se sont construits avec ce trouble.

Selon elle, il est parfois nécessaire, au bout d'un certain temps de thérapie, de reconnaître que les mécanismes de défense sont tels qu'aucun changement ne sera possible sauf si la vie bouscule le patient. Ici nos patients sont jeunes, motivés par le changement, et dans une vie encore en construction (sur le plan professionnel, sentimental ...) susceptible d'ébranler les mécanismes de défense installés. La situation est sans doute plus délicate pour Thibault, plus âgé, installé sur le plan professionnel et familial, qui s'est construit des mécanismes de défense importants.

2. La question de la récidive

Nous constatons donc qu'après une prise en charge longue, les patients ont acquis un équilibre plus ou moins satisfaisant au niveau de leur trouble. Cet équilibre reste cependant fragile, leur assiduité à la prise en charge en témoigne. On peut donc se demander, dans ce contexte, si ce n'est pas la capacité à surmonter une récidive toujours possible qui prime sur une amélioration des performances de la communication.

Ainsi nous voyons que chez des patients comme Maxime, pourtant pris en charge depuis plusieurs années, les résultats peuvent se dégrader de manière significative lors d'une mesure, et revenir à leur niveau initial à la mesure suivante. Ceci montre bien que le

processus de régression ne suit pas une pente linéaire et irréversible, et que dans ce cadre, il est essentiel de se pencher sur la question de la récurrence.

Pour Craig (1998), le locus control du sujet est un facteur important parmi ceux prédictifs d'une récurrence. Un patient ayant un locus control très orienté vers l'externalité a moins les moyens qu'un autre de gérer son trouble en autonomie, c'est à dire d'apprendre à repérer les facteurs de risque d'une situation (fatigue, stress ...) et d'y faire face efficacement. D'autre part ce patient aura tendance à maintenir une relation de dépendance vis à vis de son entourage, et donc aussi de son thérapeute.

Une étude de Forner (cité par Pemartin, 1997, p.12) démontre que les sujets à locus contrôle plutôt interne semblent moins anxieux, plus actifs socialement et plus persévérants et responsables. Il faut, en effet avoir un minimum de conscience de son pouvoir sur les événements pour s'engager dans des conduites motivées.

Cela passe également à un moment donné par la prise de distance avec le thérapeute qui doit travailler cette séparation pour donner la conviction à son patient qu'il peut s'auto-gérer et prendre le contrôle dans toutes les situations pour réduire ce risque de rechute au niveau de la fluence.

CONCLUSION

Notre étude a donc permis d'aller dans le sens de ce qui est décrit par les auteurs à savoir que dans le processus de régression du bégaiement, ce sont les composantes immergées (anxiété et externalité) qui auraient un impact sur les composantes visibles du trouble (habiletés sociales).

Nous avons pu voir que la thérapeutique du bégaiement reste complexe de par la personnalité du patient et par le fait que la régression du trouble ne se fait pas de façon linéaire : le trouble varie dans le temps selon des facteurs intrinsèques ou extrinsèques au sujet.

Cette étude nous a permis de mieux comprendre le bégaiement et ses façons de le traiter. Nous avons pu nous entraîner à une observation clinique approfondie et à l'utilisation de la vidéo qui est nécessaire dans le traitement du bégaiement, notamment pour la prise de conscience du trouble par un feed-back vidéo.

De plus, la rencontre avec les patients a été riche d'enseignements pour nous, elle nous a permis d'objectiver que le bégaiement s'inscrivait dans une histoire personnelle de chacun et que la thérapie était avant tout une rencontre entre deux personnes qui s'entraident pour progresser.

Par ce mémoire, nous nous sommes rendu compte que les progrès peuvent être plus lents lorsque le trouble est installé depuis longtemps et lorsque le patient est suivi depuis plusieurs années.

Par conséquent, nous pouvons nous demander si en fin de thérapie, l'objectif thérapeutique ne devrait pas aussi porter sur la gestion des récurrences du trouble.

En effet, il pourrait être intéressant de comparer des personnes porteuses de bégaiement avec un type de locus de contrôle différent (plutôt interne ou plutôt externe) afin de voir leur capacité d'autonomie face au trouble et la gestion des différentes rechutes quant à la parole, une fois la thérapie terminée.

BIBLIOGRAPHIE

- Albert, E. & Chneiweiss, L. (1990). *L'anxiété au quotidien*. Paris : Odile Jacob
- ANAES, service des recommandations et des références professionnelles (2001). Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte, 34-37
- Boucand, V., & Roubeau, B. (2002). Le bilan du bégaiement de l'adulte et de l'enfant. *Rééducation orthophonique*, 212, 95-102
- Brignone-Maligot, S., & Lofredo, C., & Lovero, S. (1996). L'utilisation des thérapies cognitivo-comportementales dans la rééducation du bégaiement. *Glossa*, 54, 4-21
- Campbell, D., Hill, J. (1993). *Application of a weighted scoring system to systematic disfluency analysis*. Anaheim CA : American Speech-Language-Hearing Association.
- Cottraux, J. (1990). *Les thérapies comportementales et cognitives*. Paris : Masson
- Craig A., & Andrews, G. (1985) ; The prediction and prevention of relapse in stuttering. The value of self-control techniques and locus of control measures behavior modification , *Sage Publications, Inc*, 9 (4).
- Craig, A (1998). Relapse following treatment for stuttering : a critical review and correlative data. *Journal of Fluency Disorders*, 23, 1-30.
- Craig, A., Franklin, J, & Andrews, G.(1984). A scale to measure locus of control of behaviour. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 173-180.
- Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., & Craig, M. (2003). Anxiety levels in people who stutter : a randomized population study. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 46, 1197-1206.
- De Chasse, J., & Brignone, S. (2003). *Thérapie comportementale et cognitive*. Collection : *Bégaiement Pratiques Thérapeutiques*. Isbergues : Ortho Edition
- Estienne, F. (2002). Gérer son bégaiement. In A. Van Hout, & F. Estienne (Eds), *Les bégaiements, histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements* (pp.183-212). Liège : Masson
-

-
- Ezrati-Vinacour, R., & Levin, I. (2004). The relationship between anxiety and stuttering : a multidimensional approach. *Journal of Fluency Disorders*, 29, 135-148.
- Favre- Hauger, C. & Kessedjian- Joly, S. & Kunz, L. (1994). *La prise en charge orthophonique de l'adulte bègue au sein d'un groupe de soutien*. Lyon : Mémoire d'orthophonie n° 882
- Grégory, H. (1992). Les idées irrationnelles chez la personne bègue. *Actes du XXIIIe congrès international de l'International Association of Logopedics and Phoniatrics*
- Gueniche Bensoussan, S. (2002). *La dynamique du changement chez l'adulte bègue : notion de « locus of control »*. Paris : mémoire d'orthophonie
- Kuhr, A. & Rustin, L. (1992). *Troubles de la parole et habiletés sociales*. Trad. De l'anglais [Social skills and the speech impairment] par A.M. Simon. Clamecy : Masson
- Le Huche, F. (1992). Le comportement tranquillisateur : son importance dans le traitement du bégaiement. *Rééducation orthophonique*, 30 (172), 385-394
- Le Huche, F. (1999). *Le Bégaiement, option guérison*. Paris : Albin Michel
- Le Huche, F. (2006). Option guérison : schéma d'un corpus théorique. *Orthomagazine*, 66, 20-23
- Le Huche, S. (2006). Démarche diagnostique. Pour qu'un bilan ne soit pas une caricature. *Orthomagazine*, 66, 14-18
- Lespinnasse-Goddard, B. (1996). La rééducation orthophonique et les thérapies cognitives et comportementales. *Glossa*, 54, 22-26
- Mirabel-Sarron, C. & Rivière, B. (1993). *Précis de thérapie cognitive*. Paris : Dunod
- Monestès, J.L. & Boyer, C. (2006). *Les thérapies comportementales et cognitives*. Toulouse : Les essentiels Milan
- Monfrais-Pfauwadel, M.C. (1998). Récidives et risques de récurrences en thérapie du bégaiement chez l'adulte. *Questions de logopédie* 34, 135-153
- Monfrais-Pfauwadel, M.C. (2000). *Un manuel du bégaiement*. Marseille : Solal
-

-
- Monfrais-Pfauwadel, M.C. (2006). L'actualité du bégaiement. *Orthomagazine*, 65, 16-17
- Pemartin, D. (1997). *Le test de locus de contrôle*. Paris : Ed. et applications psychologiques
- Quesal, R.W., & Yaruss, J. (2006). Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES) : documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*, 31, 90-115.
- Riley, J., Riley, G., & Maguire, G.(2004). Subjective screening of stuttering severity, locus of control and avoidance : research edition . *Journal of Fluency Disorders*, 29, 51-62.
- Rustin, L., Khur, A., traduit par Simon, A.M., (1992). *Troubles de la parole et habiletés sociales*. Clamecy : Masson
- Simon, A.-M. (1993). Attitudes communicatives gauchies chez le sujet bègue : approche thérapeutique pour un changement. *Glossa*, 33, 8-15
- Simon, A.M. (1994). Groupes thérapeutiques pour adultes bègues. *Revue de laryngologie d'otologie et de rhinologie*, 1994 ; 115 (4), 297-299
- Spielberger, C.D., Girsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1993). *Inventaire d'anxiété état-trait / forme Y (STAI-Y)*. Paris : Les éditions de psychologie appliquée
- Van Hout, A. & Estienne, F. (2002). *Les bégaiements, histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements*. Liège : Masson

ANNEXES

ANNEXE I : LE CONTENU DES SEANCES DE NOS TROIS MESURES

Ci-dessous le descriptif du contenu de chacune des séances qui ont fait l'objet d'une mesure (début, milieu, fin). La troisième mesure a eu lieu sur deux séances du fait de l'absence de Thibault au groupe de 7 janvier et de l'absence de Maxime au groupe du 21 janvier.

1. **Mesure début (01/10/2007) : Marc/ Maxime/ Thibault**

- Echauffement corporel et vocal
- Chanson « walking on the moon »
- Lecture à tour de rôle des paroles de la chanson précédente
- **Tour de table : présentation (présence d'un nouveau dans le groupe)**
(monologue)
- **Lecture individuelle d'un poème non préparé. Condition : debout devant le groupe, livre posé sur un pupitre, au micro (lecture)**
- Exercice de fluence nécessitant des rhèmes de plus en plus longues :
 - un sport
 - un lieu célèbre et la ville où il se trouve
 - un titre de chanson et son auteur
 - les composants d'un bon repas mangé récemment
- Présentation d'un exposé préparé. 5 minutes d'exposé debout, au micro, face au groupe
- **Débat : les chances de la France dans la coupe du monde de rugby**
(spontané)

2. **Mesure milieu (26/11/2007) : Marc/ Maxime/ Thibault**

- Echauffement corporel et vocal
- Chanson « les restos du cœur »
- **Lecture de la chanson « les restos du cœur » (lecture)**
- Présentation : donner de ses nouvelles
- Lecture brève de la tirade des nez (Cyrano)

-
- Fluence : ce qui a été mangé au déjeuner
 - Présentation croisée du week-end de son voisin
 - **Présentation d'un vêtement que l'on porte sur soi (monologue)**
 - **Jeu « Times up » (spontané)**

3. Mesure fin (07/01/2008) : Marc/ Maxime

- Echauffement corporel et vocal
- Chanson « je n'aurai pas le temps »
- Donner de ses nouvelles : comment parler de son bégaiement aux autres
- **Lecture de poèmes (lecture)**
- **Parler d'un cadeau reçu à Noël (monologue)**
- Parler d'un moment préféré pendant les 15 derniers jours
- **Jeu de rôle : imagination d'une scène où nous sommes coincés dans un télésiège avec un inconnu : lui faire la conversation avec dans l'idée de l'inviter à boire un verre dans la soirée. (spontané)**
- Jeu de société « taboo »

4. Mesure fin (21/01/2008) : Thibault

- échauffement corporel et vocal
- chanson « quand les hommes vivront d'amour »
- **lecture chanson « quand les hommes vivront d'amour » (lecture)**
- Donner de ses nouvelles depuis la dernière séance
- Jeu de questions/ réponses ouvertes
- **Présenter un tableau illustré sur un livre sans que les autres le voient (monologue)**
- Jeu de rôle adapté à chaque demande du patient (entretien d'embauche, se présenter à des étudiants en fac)
- **Débat : pour ou contre les 35 heures (spontané)**

ANNEXE II : DONNEES BRUTES DE LA VARIABLE « DYSFLUENCE »

1. Evaluation de la dysfluence : quelques corpus

Afin de ne pas alourdir les annexes, nous ne présentons ici que les corpus utilisés pour l'évaluation de la dysfluence de la première mesure pour Marc. La deuxième partie de cette annexe présente cependant l'ensemble des données chiffrées pour les trois mesures et les trois patients. Sur chaque corpus nous avons indiqué les dysfluences en les catégorisant selon la grille de Campbell et nous avons indiqué à droite de chaque ligne le nombre de syllabes pertinentes (soulignées dans le corpus).

Rm	répétition de mot
Rseg	répétition de segment
Rsy	répétition de syllabe
P	prolongation
B	blocage
H	hésitation
I	interjection
R	reprise modifiée de l'énoncé
NA	mot inachevé
/	coup de glotte

1.1. corpus de Marc – mesure début - lecture

(début de l'enregistrement : 51 min 09 s)

Poème Le pélican extrait de *la nuit de Mai* Musset

P	
<u>Le pélican, les plus désespérés sont les chants les plus beaux</u>	16
<u>Et j'en sais d'immortels qui sont de purs sanglots</u>	12
<u>Lorsque le pélican lassé par un voyage</u>	12
P	
<u>Dans les brouillards du soir retourne à ses roseaux</u>	12
<u>Ses petits affamés courent sur le rivage</u>	12
<u>En les voyant au loin s'abattre sur les eaux</u>	12
B	P

<u>Déjà / Croyant saisir et partager leur proie</u>	12
P Rseg	
<u>Ils courent y ils courent à leur père avec des cris de joie</u>	12
<u>En secouant leur bec et leur jôître –R- ou goître hideux</u>	12
<u>Lui, gagnant à pas lents une roche élevée</u>	12
<u>Pêcheur mélancolique il regarde les cieux</u>	12
P Rm Rm	
<u>Le sang coule à long flot de de de sa poitrine ouverte</u>	12
1.2. corpus de Marc – mesure début – monologue	
(début de l'enregistrement : 30 min)	
I B B I	
<u>Donc euh j'm'appelle MARC, j'ai 17 ans et je suis en 1^{ère} année euh d'IUT STI</u>	23
B I	
<u>Statistique et traitement informatique des données euh j'adore le sport, j'aime bien</u>	20
B I B I Rm B	
<u>La musique aussi et euh j'pratique du tennis et euh et j'bégaye depuis l'âge de trois ans</u>	25
B	
<u>Et ça fait 2 ans –R- 3ans que j'suis en thérapie avec Sylvie</u>	15
<i>(intervention de Sylvie brignone : alors comment s'est passé la quinzaine, tu as fait ta rentrée là ?)</i>	
I	
<u>Oui c'était, ben, en fait, on s'était vu lundi dernier, c'était juste après la rentrée</u>	21
I I NA	
<u>Voilà donc euh ben ç ça s'passe très bien, j'ai une anecdote en anglais, on a fait des</u>	19
B	
<u>Présentations croisées</u>	6

1.3. corpus de Marc – mesure début – spontané

(début de l'enregistrement : 1h 53 min 30 s)

	NA	Rseg		
	<u>C'est du cinquante cinquante, moi j'pense que ch chacun a ses sss a ses chances</u>			14
	I	H	P	
	<u>Même si euh la Nouvelle Zélande part favori parc'que c'est la meilleure équipe du</u>			20
	I	I	B	B
	<u>Monde. Euh sur un match euh tout p p peut s'passer. (le public peut jouer ?)</u>			8
	I		I	
	<u>Ben non euh ça s'jouera pas en France (ah bon ? pourquoi ?) pacque c'est en fait euh</u>			10
		Rm	Rm	
	-R-	<u>ben à la base c'était en France mais vu que les gallois, les écossais ont ont ont été</u>		21
	Rseg		I	
	<u>Pour la pour la coupe du monde en France, en remerciement ils ont offert des matchs euh</u>			18
		I	Rm	
	<u>Au pays d'Galles et à l'Ecosse. Et euh bon c'est p'têtre un mauvais choix pacqu'on on -R-</u>			16
	<u>J'pense que les organisateurs, ils ont pas eu trop d'humilité. Ils ont été un peu prétentieux</u>			26
	<u>Et on -R- ben en fait ils pensaient qu'on allait terminer en tête.</u>			14

2. Evaluation de la dysfluente : données chiffrées

MAXIME début		lecture	monologue	spontané	global	
Rm	répétition de mot	0	0	1		
Rseg	répétition de segment	0	0	0		
Rsy	répétition de syllabe	0	0	0		
P	prolongation	9	6	4		
B	blocage	1	0	0		
H	hésitation	2	0	1		
I	interjection	0	3	0		
R	reprise modifiée de l'énoncé	0	0	0		
NA	mot inachevé	5	2	0		
/	coup de glotte	0	0	0		
nb syll	nombre total de syllabes pertinentes	124	121	41		
nb dyf	nombre total de dysfluences		17	11	6	
% de dysfluente			14%	9%	15%	12%

MAXIME milieu		lecture	monologue	spontané	global	
Rm	répétition de mot	4	0	0		
Rseg	répétition de segment	0	5	1		
Rsy	répétition de syllabe	1	2	0		
P	prolongation	6	7	0		
B	blocage	0	0	0		
H	hésitation	0	0	0		
I	interjection	0	2	6		
R	reprise modifiée de l'énoncé	0	0	0		
NA	mot inachevé	1	3	0		
/	coup de glotte	0	0	0		
nb syll	nombre total de syllabes pertinentes	60	78	16		
nb dyf	nombre total de dysfluences		12	19	7	
% de dysfluente			20%	24%	44%	25%

MAXIME fin		lecture	monologue	spontané	global	
Rm	répétition de mot	1	3	2		
Rseg	répétition de segment	0	1	0		
Rsy	répétition de syllabe	0	0	0		
P	prolongation	4	1	3		
B	blocage	1	1	0		
H	hésitation	4	0	1		
I	interjection	0	4	0		
R	reprise modifiée de l'énoncé	0	1	0		
NA	mot inachevé	0	0	0		
/	coup de glotte	0	0	0		
nb syll	nombre total de syllabes pertinentes	130	99	66		
nb dyf	nombre total de dysfluences		10	11	6	
% de dysfluente			8%	11%	9%	9%

MARC début		lecture	monologue	spontané	global
Rm	répétition de mot	2	1	3	
Rseg	répétition de segment	1	0	2	
Rsy	répétition de syllabe	0	0	0	
P	prolongation	5	0	1	
B	blocage	1	8	2	
H	hésitation	0	0	1	
I	interjection	0	8	7	
R	reprise modifiée de l'énoncé	1	1	3	
NA	mot inachevé	0	1	1	
/	coup de glotte	0	0	0	
nb syll	nombre total de syllabes pertinentes	148	129	147	
nb dyf	nombre total de dysfluences	10	19	20	
	% de dysfluence	7%	15%	14%	12%

MARC milieu		lecture	monologue	spontané	global
Rm	répétition de mot	1	2	3	
Rseg	répétition de segment	0	2	2	
Rsy	répétition de syllabe	0	3	0	
P	prolongation	0	3	2	
B	blocage	0	5	2	
H	hésitation	0	0	1	
I	interjection	0	3	8	
R	reprise modifiée de l'énoncé	0	0	4	
NA	mot inachevé	0	3	0	
/	coup de glotte	0	1	0	
nb syll	nombre total de syllabes pertinentes	96	109	83	
nb dyf	nombre total de dysfluences	1	22	22	
	% de dysfluence	1%	20%	27%	16%

MARC fin		lecture	monologue	spontané	global
Rm	répétition de mot	0	3	2	
Rseg	répétition de segment	0	0	2	
Rsy	répétition de syllabe	0	1	0	
P	prolongation	1	1	1	
B	blocage	1	6	7	
H	hésitation	0	0	0	
I	interjection	0	6	4	
R	reprise modifiée de l'énoncé	0	3	1	
NA	mot inachevé	0	0	1	
/	coup de glotte	0	0	0	
nb syll	nombre total de syllabes pertinentes	123	87	98	
nb dyf	nombre total de dysfluences	2	20	18	
	% de dysfluence	2%	23%	18%	13%

THIBAUT début		lecture	monologue	spontané	global
Rm	répétition de mot	0	2	11	
Rseg	répétition de segment	0	1	3	
Rsy	répétition de syllabe	0	1	0	
P	prolongation	0	6	4	
B	blocage	0	1	2	
H	hésitation	0	0	4	
I	interjection	0	18	7	
R	reprise modifiée de l'énoncé	0	4	4	
NA	mot inachevé	2	0	0	
/	coup de glotte	7	6	10	
nb syll	nombre total de syllabes pertinentes	182	159	232	
nb dyf	nombre total de dysfluences	9	39	45	
% de dysfluence		5%	25%	19%	16%

THIBAUT milieu		lecture	monologue	spontané	global
Rm	répétition de mot	0	7	7	
Rseg	répétition de segment	0	2	1	
Rsy	répétition de syllabe	0	0	0	
P	prolongation	0	4	0	
B	blocage	0	3	2	
H	hésitation	0	1	0	
I	interjection	0	5	2	
R	reprise modifiée de l'énoncé	0	1	0	
NA	mot inachevé	0	0	0	
/	coup de glotte	0	2	2	
nb syll	nombre total de syllabes pertinentes	80	156	36	
nb dyf	nombre total de dysfluences	0	25	14	
% de dysfluence		0%	16%	39%	14%

THIBAUT fin		lecture	monologue	spontané	global
Rm	répétition de mot	0	6	8	
Rseg	répétition de segment	0	0	0	
Rsy	répétition de syllabe	0	1	0	
P	prolongation	0	2	2	
B	blocage	0	5	1	
H	hésitation	0	0	0	
I	interjection	0	13	4	
R	reprise modifiée de l'énoncé	0	2	1	
NA	mot inachevé	0	1	3	
/	coup de glotte	0	3	4	
nb syll	nombre total de syllabes pertinentes	66	159	150	
nb dyf	nombre total de dysfluences	0	33	23	
% de dysfluence		0%	21%	15%	15%

ANNEXE III : DONNEES BRUTES DE LA VARIABLE « HABLETES SOCIALES »

1. Evaluation des habiletés sociales : données qualitatives

Afin de ne pas alourdir les annexes, nous ne faisons figurer ici que la grille d'analyse relative à la première mesure. L'annexe I précise le contenu des séances faisant l'objet de nos mesures.

Habilités sociales en LECTURE hors blocages

		Marc	Maxime	Thibault
HB 4	présentation (présence, effacement)	lève les yeux pour regarder l'auditoire en fin de vers, mais visage peu communicant (2)	lève les yeux pour regarder l'auditoire (3)	à l'aise, bien présent, peut lever les yeux de sa lecture (3)
HB 5	expression du visage	visage figé, peu expressif (1)	expressif, bien que concentré sur sa lecture (yeux plissés...) (3)	bien expressif (3)
HB 7	postures	posture naturelle, bien qu'un peu tendue (2)	posture naturelle et souple, avec légers mouvements du corps (oscillations) (3)	posture dynamique et souple (3)
HB 10	son et intensité de la voix (et prosodie)	son et intensité bons. Prosodie quasi absente, ton monocorde (1)	son et intensité bons. Prosodie correcte (3)	voix toujours un peu trop forte par rapport à l'auditoire (1)

Habilités sociales en LECTURE suite à un blocage

HB 5	expression du visage	figée, inexpressive, concentrée sur sa parole. (ERASM : respire, repart bouche ouverte, attaque douce) (0)	- lève les sourcils et agrandit les yeux, - mouvement de tête (bas-avant-haut) pour indiquer qu'il reprend (3)	concentré sur sa parole ; quand accident, ralentissement et surarticulation (3)
HB 6	gestes	absents (0)	absents (0)	absents (0)
HB 10	son et intensité de la voix, prosodie	inchangée (0)	inchangée (0)	quand accident, ralentissement du débit et surarticulation (3)
HI 4	poursuite d'une conversation	gestion technique du blocage mais aucune manifestation verbale	manifestation verbale d'une prise en compte de	parfois prise en compte du blocage pour poursuivre :

		du comportement tranquillisateur (0)	l'accident de parole (ex. : « zut » puis continue) (3)	« pardon » (3)
--	--	---	--	----------------

Habiletés sociales en MONOLOGUE hors blocage

		Marc	Maxime	Thibault
HB 1	contact visuel / parole	contact peu présent, regarde surtout Sylvie (1)	oui, contact visuel et regard expressif (3)	difficile, reste beaucoup les yeux baissé, ou regarde plutôt Sylvie (mais sujet sensible) (1)
HB 4	présentation (présence, effacement)	globalement peu présent (1)	bonne présence, fait preuve d'humour (3)	recroquevillé, agite pieds croisés sous la chaise (1)
HB 5	expression du visage	regard morne, très peu expressif (0)	expressif, large sourire (3)	expressivité normale (2)
HB 6	gestes	gestes absents, bras croisés (0)	présents (3)	parfois présents, quand sujet trop difficile, bras souvent croisés (2)
HB 7	postures	buste un peu affalé vers l'arrière contre le dossier, et jambes croisées étendues. Agite le pied. Posture dénotant à la fois retrait et nervosité (1)	buste en avant, bras libres pour les gestes accompagnant le discours (3)	bras croisés, pieds croisés en retrait sous la chaise (2)
HB 10	son et intensité de la voix	ok bien que prosodie peu marquée (2)	ok (3)	voix un peu forte (1)
HA 1	identifie ses sentiments	oui (3)	oui, sait anticiper et dénoncer son trouble auprès des profs (sait quand il a le trac) (3)	dit avoir été énervé, exécration ... (3)
HA 4	parle de soi de façon adaptée	oui, mais a beaucoup de mal à conclure, à signaler qu'il a terminé, à passer la parole. (2)	oui, fait preuve d'humour vis à vis de lui même (3)	oui bien que tendance à s'étaler un peu sur sa vie privée, digressions (2)
HA 7	exprime sentiments négatifs	oui, évoque situation où il se sent mal à l'aise, difficulté à se sentir adapté (3)	oui, avec pudeur (3)	oui, explique ses hauts et bas, ses difficultés familiales (3)
HA 8	exprime sentiments positifs	oui, évoque expérience positive de présentation croisée en groupe d'anglais (3)	un peu (2)	oui (3)

Habilités sociales en MONOLOGUE suite à un blocage

HB 5	expression du visage	plisse les yeux comme pour scruter le mot, le saisir : expression naturelle au bénéfice de la qualité de la communication (3))	sourire contrit quand il bloque (3)	inchangée (0)
HB 6	gestes	absents (0)	parfois mouvement de tête pour marquer qu'il se reprend (3)	peu présents (0)
HB 10	son et intensité de la voix, prosodie	inchangée (0)	inchangée (0)	surarticulation comme pour éclaircir le discours ponctuellement perturbé (3)
HI 4	poursuite d'une conversation	pas de manifestation verbale de comportement tranquillisateur (0)	pas de manifestation verbale de comportement tranquillisateur (0)	pas de manifestation verbale de comportement tranquillisateur (0)

Habilités sociales en SPONTANE hors blocage

		Marc	Maxime	Thibault
HB 1	contact visuel / parole	bon (3)	bon (3)	bon mais souvent orienté vers le thérapeute (2)
HB 2	contact visuel / écoute	bon (3)	bon (3)	/
HB 3	peut observer les autres	oui (3)	oui (3)	oui (3)
HB 4	présentation (présence, effacement)	bien meilleure que dans les tâches précédentes (2)	correcte bien qu'un peu plus en retrait que sur le début de la séance (2)	reste très en retrait (1)
HB 5	expression du visage	reste figé, peu expressif (1)	moins expressif que dans les tâches précédentes (fatigue ?) (1)	correcte (2)
HB 6	gestes	plus de gestes accompagnent le discours (2)	bras croisés, moins de gestes qu'au début de séance (2)	peu présents, mais participe peu (1)
HB 7	postures	posture plus ouverte et détendue : bras non croisés, buste plus en avant, un pied droit sur genou gauche (3)	posture correcte mais moins ouverte, moins impliquée dans l'interaction (2)	correcte bien qu'un peu fermée (2)
HB 8	proximité	/	/	/
HB 9	capacité d'écoute	bonne (ses questions le montrent) (3)	bonne, peut poser des questions pertinentes par rapport à ce qui a été dit (3)	correcte (2)

HB 10	son et intensité de la voix	correcte (prosodie meilleure que dans les autres tâches) (2)	ok (3)	voix trop forte dans ses interventions (1)
HB 11	mémoire immédiate	/	/	/
HA 1	identifie ses sentiments	/	/	/
HA 2	reconnaît sentiments d'autrui	/	/	/
HA 3	capacité de jugement	exprime son avis sur la question (3)	exprime son avis sur la question (3)	exprime son avis sur la question (3)
HA 4	parle de soi de façon adaptée	/	/	/
HA 5	participe de façon adaptée	3	3	3
HA 6	exprime de l'attachement	/	/	/
HA 7	exprime sentiments négatifs	/	/	/
HA 8	exprime sentiments positifs	/	/	/
HI 1	engager la conversation	oui (3)	poursuit mais initie difficilement (1)	oui, initie même parfois de façon péremptoire (3)
HI 2	poser des questions	oui, parfois (2)	oui, souvent, manifeste de l'intérêt (3)	non, participe pour affirmer et pas pour questionner (0)
HI 3	répondre aux questions	oui (3)	oui (3)	oui (3)
HI 4	poursuite d'une conversation	oui, même si dysfluente (3)	oui, même si dysfluente (3)	oui, même si dysfluente (3)
HI 5	restaurer l'échange	/	/	/
HI 6	terminer une conversation	n'arrive pas à conclure, attend que l'interlocuteur le gère (0)	oui (3)	oui, sait dire quand il a terminé (3)
HI 7	faire commentaires positifs	parfois (2)	oui, souvent (3)	non (0)
HI 8	offre son aide	non (0)	oui, essaye de reformuler la pensée de l'interlocuteur pour l'aider à	non (0)

			poursuivre ou à préciser sa pensée (2)	
HI 9	être sensible aux autres			
HI 10	coopère avec les autres	oui (3)	oui (3)	se tient parfois en retrait (2)
HI 11	se conforme aux demandes acceptables	/	/	/
HI 12	prendre la parole au cours d'une conversation	oui, exprime ce qu'il a à dire en prenant son tour en cours de conversations(3)	oui, plutôt quand pause dans la discussion (profit des blancs) (2)	oui, à plusieurs reprises (3)
HC 1	s'adresse aux autres de façon adaptée	oui (3)	oui (3)	oui (3)
HC 2	suit les règles du groupe	/	/	/
HC 3	participe aux activités	/	/	/
HC 4	demande l'arrêt d'action	/	/	/
HC 5	demande les raisons	/	/	/
HC 6	donne ses raisons	/	/	/
HC 7	se plaindre	/	/	/
HC 8	répondre de façon appropriée aux réclamations	/	/	/
HC 9	faire des suggestions.	/	/	/

Habilités sociales en SPONTANE suite à un blocage

		Marc	Maxime	Thibault
HB 5	expression du visage	quelques manifestations (yeux) marquant la prise de conscience du blocage (3)	parfois sourire contrit quand il bloque mais parfois aucun signe de la prise en compte du blocage (3)	absente suite à un blocage (0)
HB 6	gestes	pas de geste tranquillisateur (0)	parfois mouvement de tête pour marquer qu'il se reprend (3)	absents (0)
HB 10	Son/intensité voix	inchangée (0)	(0)	inchangée (0)

HI 4	poursuite d'une conversation	pas de manifestation verbale de comportement tranquillisateur (0)	pas de manifestation verbale de comportement tranquillisateur (0)	pas de manifestation verbale de comportement tranquillisateur (0)
------	------------------------------------	--	--	--

2. Evaluation des habiletés sociales : données chiffrées

Seules les données chiffrées de l'un des patients sont présentées ici : l'objectif est de donner une vision concrète de notre outil d'exploitation de données et non pas de fournir l'ensemble des données chiffrées (qui représenterait un volume trop important).

Chacun des tableaux qui suit est structuré ainsi :

Une première colonne : en en-tête, le nom du patient et la période de mesure (début, milieu ou fin). Puis la liste de toutes les habiletés de la grille de Rustin désignées par leur code. La traduction de ce code apparaît dans la première partie de cette annexe.

Les colonnes suivantes désignent la situation de parole pour laquelle nous avons évalué les habiletés :

- L : situation de lecture, hors blocage
- M : situation de monologue, hors blocage
- S : situation de conversation spontanée, hors blocage
- L B : situation de lecture, suite à un blocage
- M B : situation de monologue, suite à un blocage
- S B : situation de conversation spontanée, suite à un blocage

Les cases en jaune indiquent les critères pertinents à évaluer pour une situation de parole donnée. Certaines cases jaunes n'ont cependant pas été renseignées : en fonction du déroulement de la séance, certaines habiletés ont pu être évaluées, d'autres pas. Ceci ne fausse pas les résultats qui sont ramenés en pourcentages (cf. chapitre Expérimentation).

MAXIME début	L	M	S	B L	B M	B S	
HB1		3	3				
HB2			3				
HB3			3				
HB4	3	3	2				
HB5	3	3	1	3	3	3	
HB6		3	2	0	3	3	
HB7	3	3	2				
HB8							
HB9			3				
HB10	3	3	3	0	0	0	
HB11							
HA1		3					
HA2							
HA3			3				
HA4		3					
HA5			3				
HA6							
HA7		3					
HA8		2					
HI1			1				
HI2			3				
HI3			3				
HI4			3	3	0	0	
HI5							
HI6			3				
HI7			3				
HI8			2				
HI9							
HI10			3				
HI11							
HI12			2				
HC1			3				
HC2							
HC3							
HC4							
HC5							
HC6							
HC7							
HC8							
HC9							
nb à évaluer	4	10	40	4	4	4	
évaluées N	4	10	21	4	4	4	
échelle sur	12	30	63	12	12	12	141
score S	12	29	54	6	6	6	113
taux habiletés	100%	97%	86%	50%	50%	50%	80%
					habiletés hors blocages		90%
					habiletés lors de blocages		50%

MAXIME milieu	L	M	S	BL	BM	BS	
HB1		2	3				
HB2			3				
HB3			3				
HB4	1	1	2				
HB5	2	1	3	3	3		
HB6		1	1	3	3		
HB7	3	3	3				
HB8							
HB9			3				
HB10	1	1	3	0	0		
HB11			2				
HA1							
HA2							
HA3							
HA4		3					
HA5			3				
HA6							
HA7							
HA8							
HI1							
HI2							
HI3			2				
HI4				0	0		
HI5							
HI6							
HI7							
HI8							
HI9							
HI10			2				
HI11							
HI12							
HC1			2				
HC2			3				
HC3			3				
HC4							
HC5							
HC6							
HC7							
HC8							
HC9							
nb à évaluer	4	10	40	4	4	4	
évaluées N	4	7	16	4	4	0	
échelle sur	12	21	48	12	12	0	105
score S	7	12	41	6	6	0	72
taux d'habiletés T	58%	57%	85%	50%	50%	#DIV/0!	69%
						habiletés hors blocages	74%
						habiletés lors de blocages	50%

MAXIME fin	L	M	S	BL	BM	BS	
HB1		1	2				
HB2			2				
HB3							
HB4	2	2	3				
HB5	2	3	3	0	3	3	
HB6		3	2	0	3	3	
HB7	1	2	2				
HB8							
HB9			2				
HB10	0	1	1	0	0	0	
HB11							
HA1		3					
HA2							
HA3							
HA4		3	3				
HA5							
HA6							
HA7							
HA8		2					
HI1			3				
HI2			3				
HI3			3				
HI4				0	0	0	
HI5							
HI6							
HI7							
HI8							
HI9							
HI10							
HI11							
HI12							
HC1							
HC2							
HC3							
HC4							
HC5							
HC6							
HC7							
HC8							
HC9							
nb à évaluer	4	10	40	4	4	4	
évaluées N	4	9	12	4	4	4	
échelle sur	12	27	36	12	12	12	111
score S	5	20	29	0	6	6	66
taux d'habiletés T	42%	74%	81%	0%	50%	50%	59%
					habiletés hors blocages		72%
					habiletés lors de blocages		33%

ANNEXE IV : DONNEES BRUTES DE LA VARIABLE « ANXIETE »

1. Inventaire d'anxiété état-trait (State Trait Anxiety Inventory ou STAI) de Spielberger

A1	positif	je me sens calme
A2	positif	je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté
A3	néгатif	je me sens tendu, crispé
A4	néгатif	je me sens surmené
A5	positif	je me sens tranquille, bien dans ma peau
A6	néгатif	je me sens ému, bouleversé, contrarié
A7	néгатif	l'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment
A8	positif	je me sens content
A9	néгатif	je me sens effrayé
A10	positif	je me sens à mon aise
A11	positif	je sens que j'ai confiance en moi
A12	néгатif	je me sens nerveux, irritable
A13	néгатif	j'ai la frousse, la trouille, j'ai peur
A14	néгатif	je me sens indécis
A15	positif	je me sens décontracté, détendu
A16	positif	je suis satisfait
A17	néгатif	je suis inquiet, soucieux
A18	néгатif	je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté, dérouté
A19	positif	je me sens solide, posé, pondéré, réfléchi
A20	positif	je me sens de bonne humeur, aimable

2. Taux d'anxiété : données chiffrées

MARC	début		non	plutôt non	plutôt oui	oui	TOTAL
A1	positif	calme			1		1
A2	positif	en sécurité			1		1
A3	néгатif	tendu		1			1
A4	néгатif	surmené	1				0
A5	positif	tranquille				1	0
A6	néгатif	ému	1				0
A7	néгатif	l'idée de malheur		1			1
A8	positif	je me sens content			1		1
A9	néгатif	effrayé	1				0
A10	positif	à mon aise			1		1
A11	positif	confiance en moi		1			2
A12	néгатif	nerveux, irritable	1				0
A13	néгатif	peur	1				0
A14	néгатif	indécis				1	3
A15	positif	décontracté, détendu			1		1
A16	positif	satisfait			1		1
A17	néгатif	inquiet, soucieux		1			1
A18	néгатif	déconcerté		1			1

A19	positif	solide, posé, réfléchi	1		2
A20	positif	de bonne humeur		1	1
maximum possible :		60			18 30%

MAXIME début			non	plutôt non	plutôt oui	oui	TOTAL
A1	positif	calme				1	0
A2	positif	en sécurité				1	0
A3	néгатif	tendu	1				0
A4	néгатif	surmené		1			1
A5	positif	tranquille				1	0
A6	néгатif	ému	1				0
A7	néгатif	l'idée de malheur	1				0
A8	positif	je me sens content				1	0
A9	néгатif	effrayé	1				0
A10	positif	à mon aise				1	0
A11	positif	confiance en moi			1		1
A12	néгатif	nerveux, irritable	1				0
A13	néгатif	peur	1				0
A14	néгатif	indécis		1			1
A15	positif	décontracté, détendu			1		1
A16	positif	satisfait				1	0
A17	néгатif	inquiet, soucieux	1				0
A18	néгатif	déconcerté	1				0
A19	positif	solide, posé, réfléchi			1		1
A20	positif	de bonne humeur				1	0
maximum possible :		60					5 8%

THIBAULT début			non	plutôt non	plutôt oui	oui	TOTAL
A1	positif	calme			1		1
A2	positif	en sécurité			1		1
A3	néгатif	tendu	1				0
A4	néгатif	surmené		1			1
A5	positif	tranquille			1		1
A6	néгатif	ému	1				0
A7	néгатif	l'idée de malheur	1				0
A8	positif	je me sens content			1		1
A9	néгатif	effrayé	1				0
A10	positif	à mon aise			1		1
A11	positif	confiance en moi			1		1
A12	néгатif	nerveux, irritable		1			1
A13	néгатif	peur	1				0
A14	néгатif	indécis			1		2
A15	positif	décontracté, détendu			1		1
A16	positif	satisfait			1		1
A17	néгатif	inquiet, soucieux			1		2
A18	néгатif	déconcerté		1			1
A19	positif	solide, posé, réfléchi		1			2
A20	positif	de bonne humeur			1		1
maximum possible		60					18 30%

	MARC	MAXIME	THIBAUT
début	30 %	8 %	30 %
milieu	22 %	non communiqué	28 %
fin	27 %	27 %	33 %

ANNEXE V : DONNEES BRUTES DE LA VARIABLE « EXTERNALITE »

1. Le taux d'externalité : l'échelle de Craig

Ci-dessous l'échelle de Craig, utilisée pour mesurer le « locus control » du comportement

« Nous allons vous proposer un certain « nombre d'informations, concernant différents sujets qui affectent vos croyances personnelles. Il n'existe pas de réponses justes ou fausses. Indiquez ce que vous pensez vraiment et pas ce que vous aimeriez penser ».

		tout à fait en accord	plutôt en accord	plutôt en désaccord	tout à fait en désaccord
1	je peux anticiper les difficultés en prenant des mesures pour les éviter				
2	la plupart des choses qui m'arrivent est probablement juste une question de hasard				
3	tout le monde sait que la chance ou le hasard détermine l'avenir de chacun				
4	je peux avoir un contrôle sur mon, (mes) problème seulement si j'ai une aide extérieure				
5	quand je fais des projets je suis presque certain de les faire aboutir				
6	mes problèmes me domineront toute ma vie				
7	il est de ma responsabilité d'assumer mes erreurs et mes problèmes				
8	obtenir un succès est une question de dur labeur, la chance n'a que très peu ou rien à voir avec cela				
9	ma vie est contrôlée par les actions et les événements extérieurs				
10	les gens sont victimes des circonstances qui échappent à leur contrôle				
11	pour gérer mes problèmes à long terme, j'ai besoin d'une aide professionnelle				
12	quand je suis sous pression, la tension de mes muscles est due à des choses qui échappent à mon contrôle				
13	je crois qu'une personne peut vraiment être le maître de son destin				

14	il m'est impossible de contrôler mes respirations irrégulières et rapides quand je suis confronté(e) à des difficultés				
15	je comprends pourquoi mes problèmes varient autant d'une circonstance à l'autre				
16	j'ai confiance en ma capacité à gérer avec succès mes problèmes à venir				
17	en ce qui me concerne, je contrôle mes problèmes principalement grâce à la chance.				

2. Le taux d'externalité : données chiffrées

Nous ne détaillerons les données brutes que pour Maxime.

MAXIME		tout à fait en accord	plutôt en accord	plutôt en désaccord	tout à fait en désaccord	TOTAL
1	intériorité		1			1
2	externalité			1		1
3	externalité			1		1
4	externalité			1		1
5	intériorité		1			1
6	externalité				1	0
7	externalité		1			2
8	intériorité		1			1
9	externalité			1		1
10	externalité		1			2
11	externalité			1		1
12	externalité	1				3
13	intériorité	1				0
14	externalité		1			2
15	intériorité		1			1
16	intériorité		1			1
17	externalité				1	0
maximum possible :		51				19
				taux d'externalité :		<u>37%</u>

Taux d'externalité de Maxime : 37%

Taux d'externalité de Marc : 45%

Taux d'externalité de Thibault : 27%

TABLE DES ILLUSTRATIONS

1. Liste des Tableaux

Tableau1 : mise en correspondance d'items de la grille de Rustin avec les paramètres du comportement tranquillisateur décrit par Le Huche	39
Tableau2 : les différents taux d'habileté calculés	41
Tableau3 : différentiel de performance par couple de patients	58
Tableau4 : synthèse des résultats par rapport à nos hypothèses	65

2. Liste des Figures

Figure1 : le cercle vicieux du bégaiement	20
Figure2 : profil global d'évolution de Maxime	50
Figure3 : évolution des composantes Cognitions Emotions et Habilités chez Maxime.....	51
Figure4 : évolution des habiletés et de la dysfluente par type de tâche chez Maxime	52
Figure5 : profil global d'évolution de Marc	53
Figure6 : évolution des composantes Cognitions Emotions et Habilités chez Marc.....	54
Figure7 : évolution de la dysfluente par type de tâche chez Marc	54
Figure8 : profil global d'évolution de Thibault	55
Figure9 : évolution des composantes Cognitions Emotions et Habilités chez Thibault	56
Figure10 : évolution des habiletés et de la dysfluente chez Thibault.....	57

TABLE DES MATIERES

ORGANIGRAMMES	2
1. Université Claude Bernard Lyon1	2
1.1. Secteur Santé :	2
1.2. Secteur Sciences :	2
2. Institut Sciences et Techniques de Réadaptation FORMATION ORTHOPHONIE	4
REMERCIEMENTS	5
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION	8
PARTIE THEORIQUE	10
I. L'ETIOLOGIE DU BEGAIEMENT : UNE ABSENCE DE CONSENSUS A L'ORIGINE DE NOMBREUSES APPROCHES THERAPEUTIQUES	11
1. Le bégaiement	11
1.1. Présentation	11
1.2. Définitions	11
2. Des approches explicatives variées	12
II. DANS TOUS LES CAS, UN TROUBLE GLOBAL DE LA COMMUNICATION	13
1. Les différentes composantes atteintes	13
1.1. Les composantes visibles altérées dans le bégaiement	13
1.1.1. L'atteinte de la parole elle-même ou dysfluence	13
1.1.2. Les habiletés sociales	14
a. Les habiletés sociales mises en œuvre dans la communication et altérées par le bégaiement	14
b. Une habileté sociale profondément altérée : la prise en compte de son trouble et la prise en compte de l'interlocuteur	15
c. Le déni majeur de l'interlocuteur : la perte du comportement tranquillisateur	15
1.2. Les composantes masquées altérées chez le sujet porteur de bégaiement	17
1.2.1. Les cognitions : comprendre le bégaiement en s'inspirant du schéma des thérapies cognitives	17
a. Les idées irrationnelles du sujet porteur de bégaiement	17
b. Le « locus control » ou « externalité », une cognition lourde de conséquence pour le sujet porteur de bégaiement	17
1.2.2. Les émotions	18
2. Des composantes intriquées	19
3. Le cercle vicieux du bégaiement	19
III. LA THERAPIE COGNITIVO COMPORTEMENTALE DE GROUPE : UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE DU TROUBLE DE COMMUNICATION DU BEGAIEMENT	20
1. Les thérapies comportementales	20
1.1. Les critères méthodologiques	20
1.2. Les critères thérapeutiques	21
1.2.1. La relaxation	21
1.2.2. La désensibilisation systématique (Wolpe, 1958)	21
1.2.3. L'assertivité	21
2. Les thérapies cognitives	22
2.1. Les critères méthodologiques : le modèle tridimensionnel	22
2.1.1. Les processus cognitifs	23
2.2. Les critères thérapeutiques	23
2.2.1. Le style relationnel	24

2.2.2.	Le style de questionnaire.....	24
2.2.3.	Le feed-back	24
3.	Les thérapies cognitivo-comportementales de groupes	24
3.1.	Présentation	24
3.2.	Les groupes d'adultes	25
3.2.1.	Présentation	25
3.2.2.	Les activités thérapeutiques	25
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....		27
PARTIE EXPERIMENTALE		29
I.	DEMARCHE EXPERIMENTALE CHOISIE	30
1.	Analyse à partir d'une étude de cas multiples	30
2.	Description générale de l'expérimentation.....	30
3.	Notre population.....	31
3.1.	Nos critères d'inclusion.....	31
3.1.1.	Porteurs de bégaiement depuis leur enfance	31
3.1.2.	Pris en charge en séance individuelle depuis plus d'un an	31
3.1.3.	Intéressés et motivés par notre étude	31
3.2.	Présentation des trois patients de notre étude	31
3.2.1.	Marc.....	31
3.2.2.	Maxime.....	32
3.2.3.	Thibault.....	33
II.	RECUEIL ET TRAITEMENT DES DONNEES	34
1.	Mode d'évaluation de chaque composante du bégaiement	34
1.1.	Evaluation de la composante « dysfluente »	34
1.1.1.	Objectif	34
1.1.2.	Méthode de recueil des données	34
1.1.3.	Outil de traitement des données : la grille de Campbell et Hill (1993).....	35
a.	La lecture	35
b.	Le monologue	35
c.	Le langage conversationnel spontané	35
1.1.4.	Nature des résultats quantifiés	37
1.2.	Evaluation de la composante « habiletés sociales ».....	37
1.2.1.	Objectif	37
1.2.2.	Méthode de recueil des données	37
1.2.3.	Outil de traitement des données : la grille d'analyse de Rustin (1992).....	38
a.	Notre utilisation de la grille de Rustin	38
1.2.4.	Méthodologie de renseignement de nos grilles d'analyse.....	40
1.2.5.	Nature des résultats quantifiés	40
a.	Calcul du taux d'habiletés sociales	40
b.	Calcul d'un taux d'habileté dans différentes situations	41
1.3.	Evaluation de la composante « cognition » : l'externalité.....	42
1.3.1.	Objectif	42
1.3.2.	Méthode de recueil des données	42
1.3.3.	L'outil utilisé : la L.C.B. scale de Craig et Andrews (1984).....	42
1.3.4.	Nature des résultats quantifiés	43
1.4.	Evaluation de la composante « émotion » : l'anxiété	43
1.4.1.	Objectif	43
1.4.2.	Méthode de recueil des données	44
1.4.3.	L'outil utilisé : l'inventaire d'anxiété état-trait de Spielberger.....	44
1.4.4.	Nature des résultats quantifiés	45
2.	Mode de mise en forme de nos données.....	45
2.1.	Les résultats quantitatifs	45
2.2.	Les résultats qualitatifs : notre perception de leur bégaiement.....	45
PRESENTATION DES RESULTATS.....		47

I.	LECTURE DES RESULTATS : LES DIFFERENTS GRAPHIQUES	48
1.	Forme des graphiques.....	48
2.	Choix des résultats présentés.....	48
2.1.	Le profil global d'évolution des patients	48
2.2.	Évolution des composantes immergées et des habiletés.....	49
2.3.	Les habiletés sociales et la dysfluente par type de tâche.....	49
2.4.	Les types de comparaisons utilisés entre les différents résultats	49
2.4.1.	Au niveau des résultats d'un patient donné	49
2.4.2.	Comparaison entre différents patients.....	50
II.	RESULTATS QUANTITATIFS : REGARDS CROISES SUR L'EVOLUTION DES DIFFERENTES COMPOSANTES.....	50
1.	Maxime	50
1.1.	Profil global : anxiété en hausse, habiletés en baisse.....	50
1.2.	Évolution des composantes immergées et des habiletés.....	51
1.3.	Habiletés et dysfluente par type de tâche.....	52
2.	Marc	53
2.1.	Profil global d'évolution : une grande stabilité	53
2.2.	Evolution des composantes immergées et des habiletés : le différentiel entre les habiletés hors blocage et les habiletés lors de blocages	54
2.3.	Habiletés et dysfluente par type de tâches	54
3.	Thibault	55
3.1.	Profil global d'évolution : le taux d'externalité le plus faible, un bon niveau d'habiletés	55
3.2.	Évolution des composantes immergées et des habiletés : le différentiel entre les habiletés hors blocage et les habiletés lors de blocages	56
3.3.	Habiletés et dysfluente par type de tâche.....	57
4.	Comparaison des performances entre les patients.....	57
III.	RESULTATS QUALITATIFS.....	59
1.	Maxime	59
1.1.	Résultats qualitatifs des composantes visibles chez Maxime : dysfluente et habiletés sociales	59
1.2.	Résultats qualitatifs des composantes immergées chez Maxime : anxiété et locus de contrôle	60
2.	Marc	60
2.1.	Résultats qualitatifs des composantes visibles chez Marc : dysfluente et habiletés sociales ...	60
2.2.	Résultats qualitatifs des composantes immergées chez Marc : anxiété et locus de contrôle	61
3.	Thibault	61
3.1.	Résultats qualitatifs des composantes visibles chez Thibault : dysfluente et habiletés sociales	61
3.2.	Résultats qualitatifs des composantes immergées chez Thibault : anxiété et locus de contrôle	62
	DISCUSSION DES RESULTATS.....	63
I.	SYNTHESE DES RESULTATS PAR RAPPORT A NOS HYPOTHESES	64
II.	LES OUTILS DE NOTRE EXPERIMENTATION : LES BIAIS POSSIBLES.....	66
1.	Les biais liés à l'auto évaluation	66
1.1.	L'auto évaluation et le déni du bégaiement	66
1.2.	L'auto évaluation et l'implication des patients dans notre étude.....	67
1.3.	L'auto évaluation de l'anxiété par type de situation de parole : une donnée manquante.....	68
2.	Le paramètre « situation de parole » : un paramètre déterminant à mieux contrôler.....	68
2.1.	Différences de comportements majeures face aux différentes situations de parole.....	68
2.2.	Contenus des tâches proposées à contrôler davantage.....	69
3.	Les limites de l'évaluation au sein d'un groupe de patients.....	70
3.1.1.	Le groupe : un contexte pas totalement écologique.....	70
3.1.2.	L'évaluation du comportement tranquillisateur au sein du groupe.....	70

4.	Les limites liées à l'utilisation de la vidéo	71
III.	DISCUSSION DE NOS HYPOTHESES	71
1.	Des résultats qui vont dans le sens de notre seconde hypothèse : anxiété et externalité semblent déterminer l'amélioration des habiletés sociales.	71
2.	Des résultats qui contredisent notre première hypothèse : les habiletés ne commandent pas la fluence	72
2.1.	Une progression inverse de la fluence et des habiletés.....	72
2.2.	La stabilité des résultats : signe d'équilibre ou de stagnation ?.....	73
IV.	L'OBJECTIF FACE AU BEGAIEMENT : REGRESSION DU TROUBLE OU MAITRISE DE LA RECIDIVE ?	74
1.	Le rythme de régression du trouble.....	74
2.	La question de la récurrence.....	74
	CONCLUSION.....	76
	BIBLIOGRAPHIE.....	77
	ANNEXES	80
	ANNEXE I : LE CONTENU DES SEANCES DE NOS TROIS MESURES	81
1.	Mesure début (01/10/2007) : Marc/ Maxime/ Thibault.....	81
2.	Mesure milieu (26/11/2007) : Marc/ Maxime/ Thibault.....	81
3.	Mesure fin (07/01/2008) : Marc/ Maxime.....	82
4.	Mesure fin (21/01/2008) : Thibault.....	82
	ANNEXE II : DONNEES BRUTES DE LA VARIABLE « DYSFLUENCE ».....	83
1.	Evaluation de la dysfluence : quelques corpus.....	83
1.1.	corpus de Marc – mesure début - lecture.....	83
1.2.	corpus de Marc – mesure début – monologue.....	84
1.3.	corpus de Marc – mesure début – spontané.....	85
2.	Evaluation de la dysfluence : données chiffrées.....	86
	ANNEXE III : DONNEES BRUTES DE LA VARIABLE « HABILETES SOCIALES ».....	89
1.	Evaluation des habiletés sociales : données qualitatives.....	89
2.	Evaluation des habiletés sociales : données chiffrées.....	94
	ANNEXE IV : DONNEES BRUTES DE LA VARIABLE « ANXIETE».....	98
1.	Inventaire d'anxiété état-trait (State Trait Anxiety Inventory ou STAI) de Spielberger.....	98
2.	Taux d'anxiété : données chiffrées.....	98
	ANNEXE V : DONNEES BRUTES DE LA VARIABLE « EXTERNALITE ».....	101
1.	Le taux d'externalité : l'échelle de Craig.....	101
2.	Le taux d'externalité : données chiffrées.....	102
	TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	103
1.	LISTE DES TABLEAUX	103
2.	LISTE DES FIGURES	103
	TABLE DES MATIERES	104

Laurianne Blanchet

Delphine Lizzi Maza

**ANALYSE DU PROCESSUS DE REGRESSION DU BEGAIEMENT CHEZ
L'ADULTE : étude de trois cas d'adultes porteurs de bégaiement dans le cadre
d'une prise en charge par une thérapie cognitivo-comportementale de groupe**

108 Pages

Mémoire d'orthophonie -UCBL-ISTR- Lyon 2008

RESUME

Notre étude porte sur l'analyse du processus de régression du bégaiement chez l'adulte dans le cadre d'une prise en charge en groupe d'orientation théorique cognitivo-comportementale. Nous avons isolé quatre composantes du bégaiement : la fluence, les habiletés sociales, les cognitions (locus de contrôle), les émotions (anxiété) afin de voir leur influence mutuelle dans le processus de régression du trouble.

A travers trois études de cas, nous avons recueilli des données à partir de quatre outils : deux questionnaires d'auto-évaluation pour l'analyse des cognitions et émotions, une grille d'observation des habiletés sociales et une transcription d'échantillon de corpus pour l'analyse de la fluence.

Nos résultats montrent que l'amélioration au niveau de la partie immergée de l'iceberg du bégaiement (cognitions et émotions) aurait un impact sur la partie émergée (habiletés sociales). Par contre, fluence et habiletés semblent évoluer indépendamment.

Toutefois, le processus de régression du bégaiement ne suit pas une pente linéaire et il est intéressant d'ouvrir notre réflexion sur la gestion de la récurrence comme objectif thérapeutique lorsque le bégaiement est plus ou moins stabilisé dans le groupe thérapeutique.

MOTS-CLES

Bégaiement – Adulte – Régression – Thérapie cognitivo-comportementale – Fluence – Habiletés sociales – Locus de contrôle – Anxiété

MEMBRES DU JURY

Anne Peillon

Annette Dordain

Annick Duchêne

MAITRE DE MEMOIRE

Sylvie Brignone-Raulin

DATE DE SOUTENANCE

3 juillet 2008
