



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane Mira – Béjaïa
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master
Option : Pathologies de langage et de la communication

Thème

**La respiration et la relaxation dans
la prise en charge d'un bègue**

Présenté par :

M^{lle} BOUKIR Imane

M^{lle} FEZZOUA Narimane

Encadré par :

Dr. HADBI M.

Année 2020/2021

Remerciements

En tout premier lieu, on remercie le bon dieu tout puissant, de nous avoir donné la force pour survivre, ainsi que l'audace pour dépasser toutes les difficultés.

Notre plus grande gratitude va à notre maître de stage N Bedradine, et à notre promoteur Dr Hadbi pour leurs disponibilités permanentes, leurs confiances qu'ils nous ont accordées, et leurs précieux conseils qui nous ont aidées pour mener à bien ce travail.

Nos remerciements s'adressent à nos enseignants de la spécialité de l'orthophonie qui nous ont aidé. Nous remercions également, les membres du jury qui ont accepté d'évaluer ce modeste travail.

Dédicaces

A mes chers parents, pour tous leurs sacrifices, leur amour, leur tendresse, leur soutien et leurs prières tout au long de mes études

À mes chers frères, pour leur appui et leur encouragement,

A toute ma famille pour leur soutien tout au long de mon parcours universitaire,

Que ce travail soit l'accomplissement de vos vœux tant allégués, et le fruit de votre soutien infaillible,

Merci d'être toujours là pour moi.

Imane

Dédicaces

*A mes chers Parents, pour tous leurs sacrifices, leur amour,
leur tendresse, leur soutien et leurs prières tout au long de mes
études*

*A mes chères sœurs pour leurs encouragements
permanents, et leur*

Soutien moral,

*A mes chers frères, pour leur appui et leur
encouragement,*

*A toute ma famille pour leur soutien tout au long de
mon parcours universitaire,*

*Que ce travail soit l'accomplissement de vos vœux tant
allégués, et le fruit de votre soutien infaillible,*

Merci d'être toujours là pour moi.

Nari

Introduction : -----2

chapitre 01 : Le bégaiement

Préambule : -----5

1. Définitions de bégaiement :-----5

2. historique de bégaiement :-----7

3. Ages d'apparition -----8

4. Les trois types cliniques de bégaiement : -----9

5. Etiologie : ----- 11

6. Symptômes physiques ----- 13

7. Trouble associés : ----- 16

8. Les 6 malfaçons fondamentales de la parole bègue. ----- 17

9. Les fausses croyances du bégaiement ----- 21

10. Diagnostic et Evaluation : ----- 23

11. Prise en charge : ----- 23

11.1 Accompagnement parental-----24

11.2. Prise en charge du patient-----26

11.3 Autre prise en charge -----32

Conclusion : ----- 33

chapitre 02 : La respiration et la relaxation

Partie 1 : la respiration ----- 36

Préambule----- 37

1. la respiration-----37

1.1 Définition	37
1.2 Les composants du système mécanique de la respiration	37
1.2.1 <i>Les voies respiratoires supérieures</i>	37
1.2.2 <i>Les voies respiratoires inférieures, extra-pulmonaires</i>	38
1.2.3 <i>Les poumons</i>	39
1.3 Physiologie de l'appareil respiratoire	40
1.3.1 <i>Autre muscles inspiratoire</i>	40
1.3.2 <i>Les muscles expiratoires</i>	41
1.4 Types de respiration	42
1.4.1 <i>Mécanisme de la respiration costale (ou thoracique)</i>	42
1.4.2 <i>Mécanisme de la respiration diaphragmatique (ou abdominale)</i>	42
2. l'ppareil phonatoire	43
2.1 Définition de l'appareil phonatoire	43
2.2 Les composants du mécanisme phonatoire	43
2.2.1 <i>La soufflerie pulmonaire</i>	43
2.2.2 <i>Le vibreur laryngé</i>	45
2.2.3 <i>Le résonateur pharyngo -naso-buccal</i>	46
2.2.4 <i>La commande nerveuse</i>	48
2.3 Physiologie de l'expiration phonatoire	48
2.3.1 <i>Débit et pression sous-glottiques</i>	49
2.3.2 <i>Mécanique respiratoire en phonation</i>	49
Partie 2 : la relaxation	51
Préambule	52
1. Quelques Définitions :	52
2. Quelques méthodes de relaxations :	52

2.1 Méthode de Schultz :	52
2.2 Méthode d'Ajuriaguerra :	53
2.3 Méthode de Jakobson :	53
2.4 La Relaxation les yeux ouverts le huche (le tour du corps) :	54
3 Exercice de respiration :	61
3.1 Type d'exercice de respiration :	61
4. La rééducation verticale :	64
4.1 Le Sphinx	65
5. Les différents types de vocalisation :	65
5.1 L'exercice de la mouche :	65
5.2 Exercice ma, me, mi, mo, mu :	65
5.3 Exercice bra, bre, bri, bro, bru :	65
Conclusion :	66
Problématique et hypothèses	67
Problématique :	68
Hypothèses :	73
chapitre 03 : cadre methodomogique de la recherche	
Préambule :	76
1 la démarche de la recherche et sujet d'étude :	76
1.1 La pré-enquête :	76
1.2 La méthode clinique :	77
1.3 Présentation de lieux de stage :	79
1.4 Les outils de recherche :	79
1.5 Les techniques utilisées : la respiration et la relaxation selon François le huche (les yeux ouvert) :	82

<i>1.6 Présentation de groupe de recherche :</i>	-----83
<i>1.7 Le déroulement de la recherche :</i>	-----84
<i>1.8 Le déroulement de la pré-enquête :</i>	-----85
<i>1.9 Les difficultés rencontrées :</i>	-----85

chapitre 04 : presentation, analyse et discussion des résultats

Préambule :	----- 88
--------------------	-----------------

Le déroulement des exercices pour chaque cas :	----- 88
---	-----------------

Cas 1 : Massi	----- 89
----------------------	-----------------

<i>Présentation :</i>	-----89
-----------------------	---------

<i>Déroulement des séances de rééducation</i>	-----90
---	---------

<i>Résultat de la prise en charge :</i>	-----91
---	---------

Cas 2 : Ilyes	----- 91
----------------------	-----------------

<i>Présentation</i>	-----91
---------------------	---------

<i>Déroulement des séances de rééducation :</i>	-----93
---	---------

<i>Résultat de la prise en charge :</i>	-----94
---	---------

Cas 3 : Amir	----- 94
---------------------	-----------------

<i>Présentation :</i>	-----94
-----------------------	---------

<i>Déroulement des séances de rééducation :</i>	-----95
---	---------

<i>Résultat de la prise en charge :</i>	-----96
---	---------

Cas 4 : Amine	----- 97
----------------------	-----------------

<i>Présentation</i>	-----97
---------------------	---------

<i>Déroulement des séances de prise en charge</i>	-----97
---	---------

<i>Résultat de la prise en charge :</i>	-----99
---	---------

Cas 5 : Warda	----- 99
----------------------	-----------------

<i>Présentation</i>	-----99
---------------------	---------

<i>Déroulement des séances de prise en charge</i>	----- 100
---	-----------

<i>Résultat de la prise en charge :</i> -----	102
Cas 6 : Raouf -----	102
<i>Présentation</i> -----	102
<i>Déroulement des séances de rééducation</i> -----	102
<i>Résultat de la prise en charge :</i> -----	104
Cas 7 : Wael -----	104
<i>Présentation</i> -----	104
<i>Déroulement des séances de prise en charge :</i> -----	105
<i>Résultat de la prise en charge :</i> -----	106
Discussion des hypothèses : -----	108
Conclusion générale -----	110
Conclusion générale -----	111
La liste bibliographique -----	113
Bibliographie -----	114
Annexes -----	117
<i>Annexe 1</i> -----	118
<i>Annexe 2 :</i> -----	119
Résumé -----	120
Abstract: -----	120

ABREVIATION

- **BEM** : brevet d'enseignement moyen.
- **CIM- 10** : classification international des maladies.
- **CO2** : dioxyde de carbone
- **DSM IV** : manuel diagnostique statistique des troubles mentaux.
- **E.R.A.S.M** : Easy relax approche smooth mouvement.
- **ICD- 10** : International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification
- **OMS** : Organisation Mondial de la Santé.
- **O2** : Oxygène
- **PNF** : personne normo-fluente
- **PQB** : personne qui bégaie
- **VOT** : Voice Onset Time

Table des matières

Liste des tableaux :

Tableau N°	Titre	Page
1	Tableau récapitulatif de notre population d'étude	83
2	Tableau récapitulatif de déroulement des séances de rééducation	91
3	Tableau récapitulatif de déroulement des séances de rééducation	94
4	Tableau récapitulatif de déroulement des séances de rééducation	96
5	Tableau récapitulatif de déroulement des séances de rééducation	100
6	Tableau récapitulatif de déroulement des séances de rééducation	103
7	Tableau récapitulatif de déroulement des séances de rééducation	106
8	Tableau récapitulatif de déroulement des séances de rééducation	109

Introduction

Introduction :

Le bégaiement est un trouble de la parole. Il se caractérise par des répétitions involontaires et l'allongement de sons et de syllabes, souvent accompagnés de pauses et de blocages. Le bégaiement empêche de s'exprimer en continu. De manière générale, il nuit à la parole.

Le bégaiement apparaît le plus souvent vers l'âge de 2 à 5 ans, mais parfois dès 18 mois. Il peut aussi se manifester à l'âge scolaire, voire à la puberté.

Il s'accompagne souvent de manifestations physiques comme des tics au visage, des clignements des yeux ou des trépignements. Le sujet peut aussi retenir sa respiration et avoir des mouvements involontaires des bras ou des jambes quand il a de la difficulté à dire des mots. Il peut avoir une expression de peur quand il essaie de prononcer certains mots sur lesquels il a déjà hésité, ou tout simplement les éviter.

Notre étude porte sur la prise en charge des personnes en situation de bégaiement, dans ses aspects moteurs : de respiration et de la relaxation.

La plupart des personnes qui bégayent bloquent leur respiration par habitude : ils ont installé un comportement réflexe. Or ce comportement est l'un des points de blocage qu'il convient de modifier pour retrouver une respiration normale.

Ainsi, nous avons tenté d'élaborer une étude renseignant tant sur ces techniques de rééducation, que sur la façon dont elles peuvent être effectuées.

Pour cela, nous aborderons dans le premier chapitre les aspects théoriques concernant le bégaiement en général (définition, symptomatologie, étiologie, les types et les différentes prises en charges)

Dans le deuxième chapitre nous allons aborder des éléments d'anatomie et de physiologie concernant la voix, la mécanique respiratoire et corporelle seront

ensuite exposés, permettant de mieux comprendre le trouble; enfin nous terminerons par la description de quelques différentes techniques motrices de prise en charge existant pour traiter le bégaiement.

Dans le dernier chapitre, les aspects pratiques de la réalisation de notre recherche seront exposés : méthodologie, présentation des résultats, analyse et discussion des résultats, conclusion et perspectives de notre étude.

Chapitre 01 :

Le bégaiement

Préambule :

Le bégaiement est un défaut d'élocution caractérisé par une difficulté à prononcer ou à enchaîner certaines syllabes, sans que les organes de la phonation ne soient atteints. Le bégaiement empêche donc la parole d'être fluente.

Dans le présent chapitre nous allons d'abord procéder aux définitions de bégaiement, historique, âges d'apparition, les types du bégaiement, étiologie, les symptômes pour finir avec la prise en charge.

1. Définitions de bégaiement :

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

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

Hardcastle le dénomme « maladie des transitions », car sont tout autant perturbées les transitions des sons entre eux que les transitions entre le langage et la pensée, entre le langage et la parole, et entre la pensée et l'expression non verbale. Les conséquences émotionnelles et psychologiques de ce trouble, qui est une maladie infantile de la parole dont une des formes est persistante, sont telles qu'elles en ont souvent été prises pour les causes. Sa multi dimensionnalité et sa grande variabilité d'un individu à un autre en font un challenge thérapeutique tout autant qu'un casse-tête nosologique. (Marie CLAUDE MONFRAIS-PFAUWADEL, 2014, P.4).

Selon de dictionnaire de l'orthophonie le bégaiement est : » un trouble fonctionnel de l'expression verbale affectant le rythme de la parole en présence d'un interlocuteur. Il s'inscrit donc dans le cadre d'une pathologie de la communication. (BRIN ET COL, 2004, P.34).

Selon la CIM 10 le bégaiement est défini comme telle : « élocution caractérisé par des répétitions ou des prolongements fréquentes de sons, de syllabe, ou de mots, ou par hésitations ou des pauses fréquentes persistant ou récurrent, d'une intensité suffisamment sévère pour perturber nettement la fluence de la parole. (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS) _CIM10 /ICD-10-, 1993, P.159).

Selon le docteur Le HUCHE(1998) le bégaiement est : « trouble d'un rythme de la parole » mais aussi d'une « altération de la fluence verbale ». De plus il met l'accent sur l'effort, lutte qu'on les personnes bègues devant les mots, les syllabes et le malaise que cela entraîne autour de la communication. Il explique que « ce qui caractérise le bégaiement, ce ne sont pas les accidents de la parole mais la façon d'y réagir ». En effet ces personnes redoutent les accrocs sur les mots ce qui entraîne une augmentation de l'effort, de la vigilance au moment de la parole et ainsi le blocage sur ces mots ou parties des mots. (LE HUCHE, F, 1998, P.16).

Pour Van Haut. A (2002) quant à elle, définit ce trouble comme une infection du débit de la parole, retentissement sur la fluence par des répétitions excessives et par des pauses anormalement longues. Pour elle, ce trouble de la communication est avant tout une « pathologie sociale », créée par l'environnement et « auto-entretenu », accompagnée de panique chez la personne qui bégaie et le mouvement associés parfois violents, entravant la communication plus que le bégaiement lui-même. (VAN HAUT, A., 2002, P.107).

Le dernier point de vue sera celui du Dr Marie-Claude MONFRAIS-PFAUWADEL. Pour cette spécialiste du bégaiement, ce trouble serait « un

trouble moteur de l'écoulement de la parole qui est alors produite avec plus d'effort musculaire dans un contexte d'inversion du reflexe normal de décontraction ; ce trouble s'aggrave avec l'intentionnalité du discours et gauchit par répercussion les comportements de communication du sujet qui en est atteint, de ce fait provoquant chez lui une souffrance psychologique ; il s'ensuit pour l'interlocuteur une désorganisation gênante de l'intelligibilité du discours » (MONFRAIS-PFAUWADEL,2000,P.12).

Définition proposé par un sujet bègue qui, parlant de son propre vécu du bégaiement, soulève des causes, des manifestations et des conséquences de ce trouble : « le bégaiement est un trouble de la parole caractérisé par une tension trop élevée des cordes vocales causée par une appréhension de parler qui peut engendrer des symptômes comme les hésitations, les répétition et même le blocage totale de la parole et qui peut aussi engendrer l'isolement social et des comportement palliatifs » www.bégaiement.org.

2. historique de bégaiement :

L'origine du bégaiement chez l'adulte et chez l'enfant est restée très longtemps mystérieuse et a fait, tout au long de l'Histoire, l'objet d'hypothèses médicales, neurologiques, psychiatriques ou psychologiques, religieuses, éducatives qui s'inscrivent le contexte des connaissances et des pratiques médicales, culturelles et éducatives des sociétés qui nous ont précédés.

Ce sont les Grecs qui les premiers classent le bégaiement comme une pathologie. Leur langue ancienne comportait déjà plusieurs termes différenciant bégayer de bredouiller ou encore de balbutier. Ainsi, ARISTOTE fait état des différents troubles langagiers. Dans son ouvrage rédigé sous forme de questions réponses, il écrit « Les blessures éprouvent des difficultés à prononcer certaines lettres (pas toutes), les bredouilleurs omettent des syllabes ; les bègues sont dans l'incapacité

d'ajouter rapidement une syllabe à une autre». ARISTOTE (1981) cité par (VAN HOUT A, 2002, P.10).

Depuis le début du XIXe siècle, avec les avancées de la neurologie, l'étiologie du bégaiement, considéré comme un trouble unitaire, fait l'objet de nombreuses théories qui oscillent entre des modèles très somatiques, génétique, auditif, neurologiques, et des hypothèses psychogénétiques, en passant par des théories psycholinguistiques. Les avancées toute récentes dans le domaine de la neurologie dévoilent une partie des mécanismes qui conduisent jusqu'au bégaiement. Ces progrès dans les connaissances, rendus possibles par le développement de la biologie, de l'imagerie médicale, soulèvent des espoirs thérapeutiques nouveaux, même si aujourd'hui, la prudence reste de mise. (BERNADETTE PIERART, 2011, P.13 à 15).

3. Ages d'apparition

Beaucoup d'auteurs s'accordent à penser que l'âge d'apparition est variable. Cependant le bégaiement peut survenir, ou réapparaître, à différents moments de la vie, brutalement ou de manière insidieuse.

- **Entre 2 et 4 ans**

Le bégaiement est causé par une inadéquation entre les possibilités des moteurs L'enfant et ses pensées. En fait, c'est le pic de l'acquisition du langage.

L'enfant est capable d'exécuter des phrases structurées complexes, mais ne maîtrise pas.

L'organisation de ses mouvements de prononciation n'est pas encore parfaite.

- **Vers 5-6 ans**

Il s'agit de la période d'entrée à l'école, ce qui peut être source d'angoisse pour certains enfants. Les exigences sont plus importantes, principalement celles liées à l'expression.

- **Vers 10-12 ans**

On peut se demander s'il s'agit réellement de l'apparition d'un bégaiement. Parfois oui, certains adolescents peuvent se mettre à bégayer suite à un événement traumatisant, un vécu très chargé émotionnellement (par exemple, l'entrée au collège).

Souvent ce n'est que la mise à jour des troubles qui préexistaient. C'est la prise de conscience d'anomalies qui existaient auparavant, et qui ne dérangent personne, telles que la respiration non coordonnée, des arrêts inopportuns ou des petites hésitations. Ces anomalies s'aggravent et s'accroissent.

- **Chez l'adulte**

Enfin, le bégaiement apparaîtra à l'âge adulte. Habituellement, cela se produit le En cas d'accident vasculaire cérébral, de traumatisme crânien ou plus rarement, Événement psychologique traumatisant. (LUCILLE D, SOFIE T, 2014, P.10).

4. Les trois types cliniques de bégaiement :

On définit trois grands types de bégaiement, que l'on a distingués en fonction de leur apparition (avant ou après l'acquisition du langage), de leur évolution et d'une cause externe connue, à savoir :

➤ **Le bégaiement développemental**

C'est le plus courant ; il apparaît entre 2 et 4 ans et guérit spontanément en deux à quatre années ; il représenterait 75 % des cas.

➤ **Le bégaiement développemental persistant**

Il apparaît aussi entre 2 et 4 ans, voire plus tard et persiste à l'âge adulte ; il représenterait 20 % à 25 % des cas.

➤ **Le bégaiement acquis**

IL apparaît à n'importe quel âge, au décours d'un problème neurologique, d'un AVC ou d'un traumatisme crânien, après une infection à streptocoques (syndrome du PANDAS). Les causes connues, l'histoire naturelle de ces bégaiements, leurs imbrications avec de plus vastes tableaux cliniques, leurs complications, leur devenir, leurs prises en charge font l'objet de cet ouvrage. Une réflexion sera menée tout du long sur le devenir de la clinique, du pronostic et sur la nécessaire adaptation du discours concernant le bégaiement et des offres thérapeutiques possibles. (M.CLAUDE MONFRAIS-PFAUWADEL, 2002, P.6).

On peut distinguer quatre formes du bégaiement :

- **Le bégaiement clonique** : il est caractérisé par des répétitions involontaires, saccadées et plus ou moins prolongées, de phonèmes ou de syllabes. IL s'agit le plus souvent de la première syllabe du mot. (LE HUCHE, F, 1998, P.25).
- **Le bégaiement tonique** : il se caractérise par des blocages au cours de la parole. Lors de ces arrêts de l'émission vocale, on observe souvent une grande tension motrice et des syncinésies peuvent apparaître. « Lorsqu'un bégaiement se caractérise essentiellement par des blocages ou des prolongations, on dit qu'il s'agit d'un bégaiement tonique ». (LE HUCHE, F, 1998, P.24).
- **Le bégaiement tonico-clonique** : il correspond à une association des deux formes de bégaiement précédentes, il est caractérisé par des blocages et des répétitions. (PIALOU, P., 1975, P.266).
- **Le bégaiement par inhibition** : est une forme plus rare, décrit ainsi par F. Le Huche : « sorte de pause de quelques secondes où l'articulation, la voix,

le souffle et le geste paraissant suspendus par une sorte de sidérations motrice générale. (Le HUCHE, F., 1998, P.53).

5. Etiologie :

Comme nous avons pu le voir, le bégaiement est un trouble complexe qu'il est difficile de définir. La recherche de sa cause a fait l'objet de multiples travaux et aujourd'hui aucune étiologie n'est encore avérée mais de nombreuses hypothèses ont été formulées. Nous retrouvons toute la complexité du trouble quand nous voyons la quantité de théories avancées : organique, neurologique, psychologique, langagière, génétique, psychosomatique, psychiatrique, neuropsychologique, cybernétique, ayant trait à la latéralité...

Parmi elle, hypothèse organique qui mettait en cause la langue ou le frein de langue a entraîné des interventions chirurgicales jusqu'au XIX^{ème} siècle mais n'est plus retenue à ce jour. De même, des caractéristiques physiologiques chez les bègues en ont été avancées incriminant le larynx ou la respiration mais elles ne sont plus considérées aujourd'hui comme cause du bégaiement.

Selon la théorie neurologique, le bégaiement surviendrait suite à une altération du système nerveux central. Il y aurait une organisation déviante de la latéralisation hémisphérique du langage due à un trouble des commandes cérébrales du langage. Il faudrait donc classer ce trouble parmi les problèmes arthriques comme les dysarthries. Cette hypothèse a été abandonnée mais l'idée qu'il y ait une spécificité du système nerveux centrale chez les bègues est toujours retenue.

Selon l'explication donnée par le modèle cybernétique, on peut émettre l'hypothèse d'une anomalie du système auditif chez les bègues et d'une perturbation de l'auto-écoute dont parle F. Le Huche. En effet, le modèle montre que l'écoute de l'enregistrement de sa propre parole avec un léger décalage provoque un bégaiement chez une personne non touchée par le trouble. A

l'inverse, si on fait écouter sa propre parole avec un léger retard à une personne bègue, le bégaiement disparaît.

Concernant la théorie de l'hérédité, les chercheurs observent que 30 à 40% de bègues seraient issus de famille présentant déjà une histoire du bégaiement. De plus ils ont constaté que les risques d'être bègue étaient trois fois plus élevées par rapport à la population générale lorsqu'il y a un bègue dans la famille. Enfin selon les psychanalyses, le bégaiement trouverait son origine dans un conflit affectif.

La position actuelle va surtout dans le sens d'une accumulation de facteurs qui favoriseraient, déclencheraient et pérenniseraient le bégaiement. Ces facteurs sont regroupés sous l'appellation des trois P de D. SHAPIRO.

- **Les facteurs prédisposant :**

Ce sont les facteurs génétiques, le sexe, le bilinguisme ou multilinguisme, le caractère, la personnalité de l'enfant, les peurs, la rigidité mentale et la volonté (lorsque l'enfant tient à vaincre les accidents de parole et force).

Le terrain familial est un des facteurs prédisposant au bégaiement. Il pourrait exister un « terrain de moins bonne fluence de la parole » ainsi qu'une « fragilité dans l'utilisation des outils de communication », à cela s'ajoute l' « écart entre le désir de dire et la capacité à dire ». Soit l'enfant a du mal à coordonner sa parole, soit il éprouve des difficultés à trouver ses mots et à savoir comment exprimer sa pensée (ce qui s'explique par le fait que les structures langagières ne sont matures neurologiquement que vers l'âge de 8 ans). (GAYRAUD-ANDEL M., POULAT M-P, 2011, P.38).

- **Les facteurs précipitants :**

On les appelle aussi facteurs déclenchants.

Il s'agit d'événements ponctuels survenant dans la vie de l'enfant : une naissance ou un décès, un déménagement, l'entrée à l'école ou le changement de classe, une maladie, un conflit, un choc émotionnel suite à un accident ou au visionnage d'un film ou d'un spectacle non adapté, la fatigue, le stress, l'excitation, la compétition et bien d'autres. Ces situations, parfois banales, peuvent néanmoins être traumatisantes.

« Les parents, pour se rassurer, sont en quête d'une « cause » qui pourrait expliquer le bégaiement de leur enfant, mais la recherche médicale montre que le bégaiement peut surgir en dehors de tout conflit émotionnel reconnu, dans des circonstances tout à fait ordinaires ». (SIMON A-M, 2012, P.48).

Ces facteurs ne sont pas les causes de l'apparition du bégaiement, mais ils viennent s'ajouter à un terrain favorisant déjà existant.

- **Les facteurs perdurant :**

Ces facteurs sont présents dans la vie quotidienne de l'enfant. Il s'agit du ressenti et des réactions des parents et de l'enfant face au trouble, ainsi que des informations qu'ils ont reçues à ce sujet. Il peut aussi s'agir de la pression autour de l'enfant, de la qualité de la communication familiale, de différents modes de garde, de la non adaptation des activités ou des interactions à l'âge de l'enfant, d'une compétition dans la fratrie, de soucis affectifs, d'événements traumatisants, de moqueries...

Ce sont sur ces facteurs que l'entourage de l'enfant peut le mieux intervenir. En effet, il s'agit de libérer l'enfant d'éventuels surcharges, tensions, pressions, stress.

6. Symptômes physiques

Les bégayages sont des accidents de parole, chez les sujets tout-venant, ils conduisent à un réflexe de décontraction, chez le sujet bègue, l'alerte ne fait que

renforcer les tensions, la pression augmente et beaucoup d'énergie est consommée. (LE HUCHE, 1998, P).

- **Les répétitions de syllabes**

C'est le plus souvent ma première syllabe du premier mot d'une phrase qui est répétée. Cette répétition peut cependant effectuer un autre mot. Elle peut se produire aussi dans le milieu d'un mot ou sur la dernière syllabe. On a même décrit une forme particulière de bégaiement ou c'est justement la dernière syllabe des mots et aucune autre qui est répétée. Parfois la répétition ne porte pas seulement sur une syllabe mais sur le mot tout entier ou même sur tout un membre de phrase. Ces répétitions de syllabe, de quatre émissions successive, dans un contexte de précipitation hâtive. Mais, plus rarement, cela peut aller jusqu'à la vingtaine d'émissions répétitives strictement identique, comme si le sujet, sans trop s'énerver, attendait patiemment que la suite finisse par se déclencher. (LE HUCHE, 1998, P.21).

- **Les blocages**

Dans ce cas, la parole est comme stoppée par « un mot-ou une syllabe- qui ne passe pas ». Complètement concentré pendant une, deux, trois secondes ou davantage sur son effort, le regard au sol ou de cote, s'aidant souvent de légers mouvements de flexion de la tête ou du thorax dans le but d'agir sur la pression de l'aire pulmonaire, le sujet semble bien décidé à maintenir sa poussée jusqu'à ce que l'obstacle cède. Puis brusquement le déblocage se produit et toute la phrase, ou moins heureusement une partie seulement de celle-ci, peut être émise sans difficulté. La fréquence des blocages est aléatoire : le sujet peut bloquer plusieurs fois par mot comme seulement 2 à 3 fois durant toute une conversation. Les sujets bègues imaginent des difficultés non rationnelles, en confondant la peur des lettres et des phonèmes, par exemple. (LE HUCHE, 1998, P.22).

- **Les prolongations de sons**

Il s'agit le plus fréquemment de voyelles qui s'allongent démesurément durant parfois plusieurs secondes, en même temps souvent de la voix monte. Ces prolongations peuvent affecter d'autres phonèmes que les voyelles. Des consonnes dites continue par exemple comme les (s), les (ch), les (v) ou encore les (j) ou les (I), mais aussi des consonnes dite occlusives sonore comme le (b) ou le (d), dont il est possible d'allonger en effet la partie sonore(vocale) qui précède « l'explosion » de ces phonèmes. (LE HUCHE, 1998, P.24).

- **Les sidérations**

Ce sont des pauses de quelques secondes comparables à de la panique où l'articulation, la voix, le souffle et le geste paraissent comme suspendus par une sorte de sidération motrice générale. Le corps tout entier paraît comme figé sur place mais un léger frémissement des lèvres entrouvertes et de discrètes oscillations du tronc trahissent une tension intérieure importante. LE HUCHE parle de « sidération motrice générale » car tout le corps est concerné, en attente. (LE HUCHE, 1998, P.24).

- **Les mots d'appui**

Il s'agit de l'introduction dans la parole de certaines personnes bègues de mots en générale monosyllabiques ou d'expression qui non pas de rapport avec le sens de la phrase. Le mot « bon » par exemple, le mot « mais » ou le mot « que », les expressions « et alors » ou « et puis donc » ou « ah ! Oui, mais bon ! Ou encore « mais en fait la ». (LE HUCHE, 1998, P.25).

- **Les pauses**

Dues à un blocage laryngé sans voisement ou à une conduite d'évitement Verbal, elles peuvent êtres silencieuses ou remplies. Les pauses remplies servent au locuteur à continuer à parler à vide pendant qu'il construit la suite de ce qu'il voulait dire. Il évite ainsi les silences, qui peuvent être comblés avec des

interjections, des sons, des onomatopées ou des mots sans rapport avec le discours. Les pauses silencieuses sont inopportunes et surviennent aléatoirement entre deux mots ou dans un mot.

7. Trouble associés :

Toujours en restant à la surface du phénomène, c'est-à-dire en se limitant à ce qu'on entend, à ce qu'on voit, et à ce qu'on ressent, on décrit également dans le bégaiement des troubles qui accompagnent les accidents de parole et qu'on appelle troubles associés.

Parmi ces troubles on peut noter :

- Des syncinésies d'effort qui sont des mouvements involontaires et parasites provoqué par l'effort demandé pour parler. Ce sont le plus souvent des syncinésies faciales qui se manifestent par des contractions au niveau des globes oculaires, des paupières, des sourcils, du front... Les syncinésies peuvent entraîner une participation de tous les muscles et les mouvements peuvent atteindre tout le corps avec par exemples des mouvements de rejet de la tête sur le coté, en arrière ou en avant ou encore des contractions des jambes et/ou des bras.

Ces syncinésies n'apparaissent que dans l'élocution et les sujets en sont peu conscients :

- La dilatation des ailes du nez qui est un signe d'alerte précoce chez les jeunes enfants qui bégaie. Ce phénomène se produit avant même que le sujet ait commencé à parler, lorsque l'idée de prendre la parole engendre chez lui un sentiment d'angoisse.
- La perte du contact visuel, signe repérable très tôt chez les personnes bègue, représente une gêne majeur pour la communication car le regard est un

élément fondamentale lors de l'interaction. Il permet par exemple aux interlocuteurs de vérifier s'ils se comprennent bien.

- Les gestes conjuratoires comme taper du pied, qui sont pour le sujet bègue un moyen de relancer le discours ou de l'aider à commencer.
- Les conjonctions d'appui qui sont des petits mots tels que « donc », « ben », « comme ». Utilisée par le sujet bègue pour lui éviter de couper son discours et d'avoir à redémarrer, elles ne sont pas porteuses de sens.
- Des coups de glottes qui viennent couper le discours sans apporter de sens, ils sont plus ou moins sonores.
- Des T.I.C associés au bégaiement tel que raclement de la gorge, une protrusion de la langue, des reniflements, une toux, des tensions au niveau des lèvres... Ce sont des mouvements stéréotypés, brusques et involontaires qui varient en intensité.
- Des rires nerveux
- Des troubles vaso-moteurs avec l'apparition de rougeur ou de pâleur subites, de sueur, une accélération du rythme cardiaque, une hypersalivation ou encore une sensation d'une bouche sèche.
- Des troubles respiratoires. En effet, chez les bègues, la coordination pneumo-phonique peut se trouver perturbée : la respiration pendant la phonation peut être paradoxale, elle devient rapide, courte, thoracique, hachée et interrompu par des inspirations brutales. (MONFRAIS-PFAUWADEL, 2002, P.63).

8. Les 6 malfaçons fondamentales de la parole bègue.

Le Docteur LE HUCHE F. 1998 décrit six malfaçons comportementales (Physiques et mentales) des personnes bègues en se basant sur la parole normale.

Sa théorie postule qu'il existe six malfaçons fondamentales sous-jacentes possibles.

« Chaque malfaçon résulte des efforts faits inconsciemment pour pallier la ou les précédentes. Toutes les personnes bègues présentent, toutes ou certaines seulement, de ces six malfaçons en proportion variable. Toutes ces malfaçons peuvent s'atténuer ou disparaître spontanément ou grâce à un traitement approprié. Leur disparition complète correspond à la guérison. La disparition de la troisième malfaçon protège efficacement contre toute aggravation ou rechute ». (LE HUCHE F. 1998, P.210).

- **1^{er} malfaçon : L'inversion du réflexe normal de détente au moment des difficultés de la parole**

Si l'on considère l'élocution, on peut faire remarquer à la grande surprise du bègue que la parole normale et vivante comporte également des hésitations, des achoppements, des arrêts, toutes les imperfections qui signent une pensée vivante, qui se cherche. Le bègue en effet semble croire qu'il est le seul à éprouver des difficultés dans ce domaine, or, c'est surtout la réaction à ces incidents normaux de la parole qui le différencie du non bègue. (Ch. BRU, 1997, P.198).

Le non bègue régira de manière réflexe à ces difficultés momentanées par une diminution de sa tension intérieure, ce qui se traduira au niveau de l'élocution par une parole plus adaptée dans son rythme, son articulation, sa hauteur, ou son intensité, ce qui permet au sujet de poursuivre normalement.

Au contraire, le bègue réagira de façon réflexe à ces irrégularités de la parole et surtout à leur crainte par une inversion de ce réflexe normal de détente au moment des difficultés. Cette réaction constituera un « passage en force » de l'obstacle, ce qui n'exclut pas toutes les accrochages présents ou ultérieurs.

- **2^{ème} malfaçon : Perte du caractère automatique et spontané de la parole**

Cette deuxième malfaçon n'est pas constante comme la première, mais elle est très fréquente, on la comprendra en la comparant à la parole normale. De même que bien souvent le bègue n'appuie pas sa parole sur le geste, il se prive aussi de

son regard et il est habituel d'observer chez certains bègues un détournement du regard. Or dans bien des cas, la parole normale n'est qu'un « reflexe à l'essai de vision directe de l'état de conscience de l'interlocuteur ». Un froncement de sourcils de l'interlocuteur signifiera que la « cible » n'a pas été atteinte, et entraînera automatiquement un réajustement de notre « tir » mais le bègue rechigne à développer une activité de « radar » envers la conscience d'autrui parce qu'il lui impose. Le détournement du regard lui permet donc d'éviter que cette lecture n'accentue ses difficultés ce qui n'est qu'un processus de facilitation tout apparent car le bègue aussi, perd de vue sa cible. En se privant d'une part, de l'information qui lui permettrait d'assurer une meilleure réception, le bègue « tire » les yeux fermés tout en espérant toucher sa cible. Cependant, le bègue a d'autant plus tendance à négliger son interlocuteur qu'il devine son activité de « radar » ; il la perçoit à tort comme guettant la moindre hésitation, la moindre silence, ce qui le conduit à tenter de masquer son trouble, notamment en portant son attention sur ce qu'il veut dire. (Ch. BRU. 1997, P.202).

- **3^{ème} malfaçon : Perte du comportement tranquillisateur**

En effet, si l'on se réfère encore à la parole normale qui comporte comme nous l'avons vu des hésitations, des arrêts et diverses irrégularités traduisant les difficultés normales que nous éprouvons tous à communiquer notre pensée ; nous ne manquons pas, lorsque ces difficultés deviennent trop importantes de signaler à notre interlocuteur que nous en sommes conscients. Ceci se fera par un geste de la main, une mimique signifiante, une pause, ou en détachant chaque syllabe d'un mot, cela peut même faire l'objet d'une excuse. A l'inverse, nous remarquons que bien souvent le bègue n'utilise pas cette possibilité, en particulier parce qu'il considère que seul la parole lui permettra de s'exprimer, aussi tente-t-il de faire par l'effort en niant son trouble. En effet, bien que conscient de ses difficultés, vu de l'extérieur, il se comporte souvent comme quelqu'un qui les ignore. Cela

provoque donc chez l'auditeur l'obligation, par politesse, de faire semblant de les ignorer et donc de ne pas lui venir en aide. (Ch. BRU, 1997, P.206).

- **4^{ème} malfaçon : Perte de l'acceptation de l'aide**

Cela signifie que le bègue est parfois réticent pour accepter l'aide momentanée que peut lui fournir son interlocuteur au moment d'une difficulté d'évocation par exemple, cela même si l'aide proposée est celle qui convient. Le bègue préfère refuser cette offre et tenter de démontrer qu'il est capable de s'exprimer par ses propres moyens, quitte à développer un énorme effort. Le sujet, concentré sur son expression, ne peut en même temps tenir compte du discours de son interlocuteur, ainsi, il en résulte parfois un déphasage de ses interventions, ou bien une non-intervention à cause même de ses déphasage. Par exemple, après avoir programmé son intervention alors que son interlocuteur s'exprimait, le bègue n'ayant perçu que partiellement son discours, il se rend compte au moment même où il désire intervenir, que son intervention serait inadéquate. (Ch. BRU, 1997, P.207).

- **5^{ème} malfaçon : Perte de l'auto-écoute différée**

« L'impossibilité pour la personne bègue d'écouter sa propre parole » concerne environ 20% de la population bègue. Il s'agit d'une sorte de « surdité sélective » empêchant la correction d'erreurs éventuelles. « Elle concerne exclusivement la parole. Leur propre parole, d'abord, mais aussi, à un moindre degré en général, la parole d'autrui. Bien sûr, le sens de ce qui a été dit reste accessible au rappel immédiat de la mémoire, mais non pas l'intégralité du message dans sa forme acoustique : modulation vocale, rythme des mots, hésitations articulatoires, etc. Dans d'autres cas, la personne bègue peut vous réentendre et se réentendre, mais cette réécoute est en quelque sorte filtrée : les bégayages ont été évacués. » (LE HUCHE, .F, 1998, P.95).

- **6ème malfaçon : Altération de l'expressivité**

Le non-bègue utilise les expressions de son visage, son corps, même, pour faire passer un message lorsqu'il parle. Au niveau de la phonation, l'articulation, le rythme et la voix, varient. Les sentiments accompagnent le discours.

Bien souvent le sujet bègue reste neutre dans sa façon de s'exprimer et est relativement amimique. Il craint que les émotions parasitent sa parole et ajoutent une difficulté supplémentaire. Son interlocuteur patiente souvent jusqu'à la fin de sa phrase pour arriver à déceler les sentiments associés au discours. Le bégaiement et la gêne prennent alors le pas sur les émotions. Il en va de même lorsque le sujet bègue est récepteur : son attitude reste relativement neutre à l'écoute de son interlocuteur, puis dans ses réactions. Cette malfaçon découle essentiellement de la deuxième malfaçon, puisque le sujet bègue veut garder le contrôle de ses émotions. (LE HUCHE, 1998, P.96-97).

9. Les fausses croyances du bégaiement

- Le bégaiement viendrait d'une déficience des organes de la parole

Cette première croyance repose sur l'idée d'une origine organique du bégaiement. Ce trouble serait la conséquence d'une maladie des organes de la parole ou d'une faiblesse particulière du cerveau.

- Le bégaiement serait incurable chez l'adulte, puisque c'est un trouble d'origine génétique

Tout d'abord, si génétique veut dire incurable (ce qui bien sûr est inexact) on ne voit pas pourquoi le bégaiement serait curable chez l'enfant, ce que personne ne conteste. Plus sérieusement, si le bégaiement présente un caractère génétique, il ne s'agit au pire que d'une prédisposition. Ainsi même si vous y êtes prédisposé, vous pouvez guérir du bégaiement. (LE HUCHE, 1998, P.39).

- « Bégayer...ça ferait débile ! »

Troisième croyance, le bégaiement serait dévalorisant parce qu'il vous ferait passer pour un « faible d'esprit » ou un malade mentale.

- La forme de la parole compterait plus que le fond

Cette quatrième croyance ce comprend dans la mesure où la personne bègue se préoccupe souvent, dans le détail, de l'exécution de sa parole. Sauf exception, il n'en va pas de même du parleur ordinaire pour lequel la qualité formelle de la parole reste une chose secondaire. (LE HUCHE, 1998, P.40).

- Une parole qui hésite serait inadmissible

Heureusement non ! Cette cinquième croyance sous-estime gravement les capacités de l'interlocuteur qui, grâce à l'ordinateur super sophistiqué qui fonctionne sous sa voute crânienne, entend non pas seulement de phrases mais une personne qui parle.

- Bien parler serait la chose la plus importante du monde

Selon cette sixième croyance, il serait impossible d'arriver à quoi que ce soit dans la vie avec une parole défectueuse. Il est vrai que l'habilité à bien parler est un atout important, moins essentiel cependant que l'habilité à bien communiquer. (LE HUCHE, 1998, P.41).

La parole nécessiterait une vigilance constante

Cette septième croyance témoigne d'une tragique méfiance vis-à-vis de la parole, vécue comme dangereuse. Comme si elle permettait de tout savoir sur vous. Comme si elle vous rendait transparent pour votre interlocuteur et vous obligeait à surveiller attentivement tout ce que vous voulez dire.

- Il serait honteux d'être obligé de répéter

Cette huitième et provisoirement dernière croyance vient, me semble-t-il, de l'idée que l'interlocuteur supporterait mal de ne pas comprendre immédiatement ce que vous voulez dire. Il faudrait donc que tout soit dit de façon parfaitement claire et dans le moins de mots possible pour que ce soit plus facile à saisir. Ce serait un désagréable échec de votre part si l'on ne vous comprenait pas du premier coup (comme une insulte) et si vous étiez obligé de redire ou de donner des explications complémentaires. (LE HUCHE, 1998, P.42-43).

10. Diagnostic et Evaluation :

L'évaluation du bégaiement porte sur plusieurs plans dont l'histoire du cas (évolution du trouble, développement linguistique et moteur), l'impact du trouble sur la qualité de vie et la thérapie antérieure. On cherche aussi à mesurer la sévérité du bégaiement, à dresser un inventaire des symptômes, en comparant la parole du client bègue à celle des non-bègues. Pour déterminer si la parole d'un individu qui bégaie est dans les limites de la normale, l'orthophoniste enregistre le client en train de parler et de lire à haute voix. On analyse ensuite cet échantillon pour le comparer aux données normatives. On analyse plusieurs aspects de la parole et des disfluidités, c'est-à-dire répétitions de parties de mots, blocages, prolongations (leur durée, la tension associée à leur articulation, par ex.). Deux dimensions de la parole retiennent particulièrement l'attention des chercheurs : le débit, calculé en mots par minute ou en syllabes par minute, et le taux de disfluidité, souvent calculé comme nombre de disfluidités dans 100 syllabes. (Roberts, P. M., 2002, P.47–60).

11. Prise en charge :

La prise en charge actuelle du bégaiement se fait selon deux modalités : l'accompagnement parental et la prise en charge du patient en séances de rééducation.

11.1 Accompagnement parental

La plupart des spécialistes sont également convaincus qu'en matière de bégaiement l'attitude des parents est importante, mais ils pensent le plus souvent à leur attitude générale vis-à-vis de l'enfant. (F.LE Huche, 1998, P.121).

L'accompagnement parental et familial est un point clé de la rééducation orthophonique du bégaiement. Cet accompagnement peut être proposé de façon isolée dans les cas de bégaiements non installés du jeune enfant ou peut être associé à une prise en charge du patient si nécessaire et notamment pour des bégaiements installés.

L'esprit de l'accompagnement parental est « d'impliquer les parents dans la thérapie ». (MONFRAIS-PFAUWADEL M-C, 2000, P.209).

La priorité est de rendre aux parents leur rôle car ils sont les principaux interlocuteurs de l'enfant. Il faut rendre la parole à l'enfant et tendre à amoindrir les pressions qui l'entourent et qui prennent le dessus sur le bon déroulement de la communication et de la parole.

L'accompagnement doit se faire avec les deux parents dans la mesure du possible. Quelques séances d'accompagnement avec d'autres personnes de l'entourage de l'enfant sont aussi envisageables (fratrie par exemple).

C'est tout l'environnement communicationnel de l'enfant qui se doit de changer. Il faut cependant garder à l'esprit les spécificités de chacun et prendre en compte les capacités de chaque famille à s'adapter aux changements souhaités pour l'enfant. Chaque demande de l'orthophoniste doit être expliquée pour être légitimée auprès de l'entourage, discutée et aménagée en fonction du cadre familial et du souhait des parents.

Il s'agit avant tout d'un dialogue. L'adhésion de parents au projet thérapeutique de leur enfant est nécessaire au bon déroulement de la prise en charge.

De plus, l'entourage peut décrire des situations qui ne seront pas constatées en séance. Cela aide l'orthophoniste à mieux comprendre l'enfant et à mieux évaluer son trouble (où, quand, comment, dans quel contexte apparaît-il, quelles répercussions cela a-t-il sur la vie de l'enfant et de la famille...). (CH.BRU, 2016, P.215).

11.1.1. Diminuer la pression autour de l'enfant

Faire baisser le niveau de pression dans lequel l'enfant évolue est capital pour qu'il puisse réinvestir la communication avec ses parents et son entourage de façon sereine.

Pour cela il faut donc éviter toute pression temporelle exercée sur l'enfant, lui laisser le temps de la réflexion, respecter son temps de parole, lui laisser le temps de vivre, d'exister et de suivre son propre rythme. Il faut ralentir son rythme de vie, réajuster ce qu'on l'on attend de lui à un moment X et la vitesse à laquelle on lui demande de réaliser différentes tâches. Pour ce faire, il est possible d'augmenter le temps dont il dispose pour agir, ou de diminuer le nombre de tâches qu'on lui demande de réaliser pour un même temps donné.

Les exigences éducatives, comme celles concernant la politesse par exemple, doivent être revues à la baisse afin de diminuer la pression posée sur l'enfant. Il ne faut pas exiger de l'enfant qu'il dise « bonjour » ou « merci », ou nous raconte sa journée... Car cela le place en situation d'obligation de parler quand cette action est entravée et difficile pour lui.

Dans le cas où le bégaiement serait associé à une autre pathologie du langage oral, la rééducation de cette dernière devra être mise de côté afin que l'enfant puisse réinvestir la parole comme moyen de communication et non pas comme un code rigide sur lequel il ne cesse de se faire rappeler à l'ordre. La forme (articulation,

construction correcte de phrases, utilisation du vocabulaire approprié...) est délaissée au profit du fond (ce que l'enfant veut dire).

Parler doit redevenir un plaisir, une action volontaire non crainte, un moment de partage. (F.LE HUCHE, 1989, P.121-123).

11.1.2. Restaurer une communication privilégiée

Expliquer aux parents le bégaiement, ses causes et ses conséquences pour l'enfant, est un passage obligatoire au début de la rééducation. Le parent est un interlocuteur privilégié ; il est souvent présent et les situations de communication qu'il a avec son enfant doivent être un plaisir partagé. Il est conseillé de garder un temps privilégié entre le parent et l'enfant, en dehors de toute pression familiale ou temporelle. On peut notamment suggérer un moment de partage, lors de la lecture d'une histoire le soir. La communication entre le parent et l'enfant est le premier modèle d'interaction de ce dernier. Il se construit autour de ce modèle qui définit en partie son rapport à l'autre et à la communication verbale. Il faut que les conditions de communication au sein de l'entourage de l'enfant changent afin que son attitude envers la parole évolue positivement. La communication verbale et les émotions qu'elle suscite chez le sujet peuvent alors devenir un cercle vertueux et tendre à enrayer le bégaiement. Restaurer le plaisir de communiquer est essentiel pour empêcher que le bégaiement ne perdure ou ne s'amplifie, ce qui placerait l'enfant dans un cercle vicieux où la peur de parler provoquerait des situations anxiogènes où il bégayerait. Ceci renforcerait son appréhension face à la prise de parole.

11.2. Prise en charge du patient

La prise en charge du patient peut se faire dès le plus jeune âge en parallèle de l'accompagnement parental, et doit être adaptée à l'âge et aux troubles du sujet. A chaque symptôme ou manifestation du bégaiement, décrit plus haut, existe une remédiation qui sera plus ou moins efficace en fonction de la réceptivité du

patient. Cela nécessite donc d'y consacrer du temps en séance en fonction de la gêne qu'il exprime et des objectifs qu'il s'est fixés dans le cadre de sa rééducation.

Le bégaiement et ses manifestations sont décortiqués, analysés, expérimentés afin d'être maîtrisés.

11.2.1 Rééducation

11.2.1.1 Mise en mots, concepts, idées

Le bégaiement est bien trop souvent un sujet tabou ; il faut pouvoir en parler, dédramatiser ce concept et permettre au patient de s'exprimer à ce sujet, de mettre des mots sur ses maux. Cela permet l'acceptation du trouble et oblige le patient à réfléchir sur ce qu'il vit, ce qu'il ressent et ce qu'il pense de son trouble.

Plusieurs techniques sont utilisées selon l'âge du patient. On peut demander aux enfants les plus jeunes de dessiner Le Monstre du bégaiement par exemple.

L'idée est de montrer que la partie du bégaiement que les autres voient est infime et de chercher tout ce qui est sous-jacent aux troubles de la personne, comme la peur de parler, l'évitement de certains mots...

ESTIENNE F. et VAN HOUT, A (2009, P.195-196) parlent « d'apprivoiser le bégaiement », de le « recadrer », car « recadrer, c'est changer un point de vue, c'est penser différemment pour agir et sentir différemment. C'est aussi agir autrement pour penser et sentir d'une autre façon ».

Elles invitent le patient bègue à prendre conscience que son bégaiement n'est pas extérieur à lui-même, qu'il peut le comprendre, et agir dessus, qu'il doit être acteur de sa propre parole et de son trouble et ne pas le subir. L'idée est que le bégaiement n'est pas une maladie, on ne peut donc pas en « guérir » à proprement parler. « Il s'agit tout simplement d'assumer sa condition d'être parlant ; en assumant son bégaiement pour le gérer ».

Le concept selon lequel le patient doit apprendre à gérer le bégaiement et les comportements (intentionnels ou non) qu'il émet lors de situations de parole est capital et place le sujet au cœur de son trouble et de sa rééducation. Ce concept revendique la capacité de contrôle du sujet sur le bégaiement et tend à inverser la situation dans laquelle il se trouve, situation dont il se sent victime et dont il doit devenir maître afin de choisir sa façon de parler.

De nombreux contes évoquent ce propos et ouvrent la réflexion sur le regard que porte le patient sur son bégaiement, sur lui-même et sur ses capacités communicationnelles. L'utilisation du conte et de témoignages permet au bègue d'explorer certains aspects de son bégaiement. Cela l'aide à mettre des mots (ceux d'autres personnes) sur ce qu'il ressent et cela permet d'ouvrir certains sujets de discussion comme les moqueries dont il fait l'objet, les situations qu'il évite...

La rééducation prend alors tout son sens comme outil pour apprendre à gérer et maîtriser le bégaiement. Parler du bégaiement est donc essentiel afin de l'accepter. (ESTIENNE F ET VAN HOUT A. 2009, P.220).

11.2.1.2. Relaxation

Une des pistes de rééducation consiste en un travail de relaxation et de détente corporelle.

Le patient est invité au lâcher prise qui lui fait tant défaut lors de situations de communication. Cela passe notamment par un travail sur la respiration.

On constate souvent des anomalies et blocages respiratoires au moment de la prise de parole chez le sujet bègue. Un approfondissement des notions concernant la respiration et les tensions glottiques qu'il ressent peut être très bénéfique. Ces tensions peuvent être libérées lors de l'expiration.

« La relaxation est une thérapeutique de déconditionnement qui consiste essentiellement à susciter une détente volontaire permettant d'agir sur des accès toniques ». (DINVILLE C, 1992, P.64).

Dans le cadre de ce travail, on oppose notamment les notions de crispation et de détente qui peuvent être travaillées sur tout le corps et notamment au niveau de la face. En travaillant sur différentes parties du corps, au contrôle de sa tension psychomotrice, puis au contrôle de sa respiration et de son souffle phonatoire, on aide le patient à se décentrer et généraliser les sensations qu'il peut avoir en situation de communication verbale. Il peut mieux analyser ce qu'il ressent lorsqu'il est en difficulté. On pourra ensuite jouer de façon volontaire sur ces sensations, sur le degré de crispation mis dans la parole. (F, LE HUCHE, 1998, P.135).

La relaxation « peut soulager de tensions globales un patient très réactif ou très phobique [...], elle permet d'affiner la perception des sensations corporelles ». (MONFRAIS-PFAUWADEL M-C, 2000, P.229).

11.2.1.3 Maitrise du souffle :

Quant à la maîtrise du souffle, j'utilise volontiers un exercice de respiration « avec l'aide des bras » intitulé « la pompe à pétrole » (F.LE.HUCHE, 1998, P.135).

Il s'agit, pour l'enfant couché sur le dos, de respirer en quatre temps. Pendant le premier temps, assez rapidement, du moins au début, et avec légèreté, il élève les bras à la verticale (vers le plafond) en inspirant comme si les bras étaient les leviers de la pompe. Pendant le deuxième temps (passif), il retient pendant quelque secondes sa respiration (sans bloquer la glotte), en gardant sans effort les bras levés. Au troisième temps il descend tranquillement ses bras en même temps qu'il expire. Au quatrième temps, il reste quelque secondes sans respirer, les bras posés le long du corps et détendu. Il doit parvenir peu à peu à être parfaitement à l'aise dans chacun de ces quatre temps. Pour cela, il doit jouer sur la durée de

chaque temps qui peut varier librement de 2 second à 8 ou 10 secondes. Il doit apprendre à percevoir la quantité d'énergie mise en jeu dans chaque mouvement et à la réduire au maximum. La coordination du mouvement et de la respiration doit devenir de plus en plus précise. (F, LE HUCHE, 1998, P.136).

11.2.1.4 Maîtrise du souffle et de l'attitude corporelle

La maîtrise de la respiration et du souffle est très liée à celle de la tension psychomotrice. Au cours de l'exercice de la relaxation-les-yeux-ouverts, on apprend à respirer par soupir, séparé par de pauses variables de quelques seconds ou l'on ne respire pas du tout. Dans cet exercice, le mouvement respiratoire du soupir doit peu à peu devenir léger, facile, agréable. Bien qu'il soit contrôlé et volontaire, il faut que ce soupir ait l'air naturel, qu'il soit relativement discret et qu'il fasse appel au moins autant à la respiration thoracique supérieure qu'à la respiration abdominale. En plus de cela doit s'installer en quelques minutes une sensation de bien-être, de confort, d'heureux abandon. Cela ne fait pas forcément tout seul et les personnes bègues ont besoin, pour y parvenir, d'être aidé par des rééducateurs compétents et expérimentés.

La maîtrise du souffle, est plus précisément celle du souffle abdominale, indispensable à une projection vocale efficace, s'installera plus facilement lorsque l'apprentissage de la relaxation aura déjà apporté au sujet une certaine habileté à manœuvrer sa tension psychomotrice. L'acquisition de cette maîtrise fera appel à des exercices en position couchée, comme pour la relaxation, mais aussi en position assise et debout. Ces exercices sont orientés, comme les soupirs, vers le naturel du geste, l'économie d'énergie l'authenticité du comportement. Certains d'entre eux comme celui du souffle du sagittaire concernent à la fois le souffle abdominal, la verticalité et le regard. (F. LE HUCHE, 1998, P.154-155).

11.2.1.6 Maitrise de la mécanique articulatoire

L'étape suivant—et c'est bien dans cette ordre que cela va le mieux en générale concerne l'articulation de la parole. Enfin, dira-t-on ! Le seul vrai problème pour une personne bègue n'est-il pas, à l'évidence, de parvenir à articuler correctement la parole ? Peut-être, en effet, est-ce le problème central et qui prend parfois un caractère assez déroutant. Ainsi les personnes bègues présentent pour la plupart un mouvement articulatoire complètement normale-du moins en apparence-dans certains circonstances ou la parole à jailli spontanément et comme par surprise. (F.LE HUCHE, 1998, P.154-155-158).

11.2.1.6 Les exercices de la lecture à haute voix

Lorsque une personne bègue est priée de lire un texte a haut voix, son souhait, en règle générale, est que cette lecture se fasse sans accident depuis le premier mot du texte, en haut et à gauche de la page, jusqu'au dernier mot de ce texte, en bas et à droite. Parfois d'ailleurs, cette lecture sans accident est parfaitement bien réalisée et le sujet sait d'avance qu'il en sera ainsi. Il sait qu'en allant à une certaine vitesse est avec un certain dynamisme, il n'aura aucun problème. D'autre fois, la certitude de lire sans accroc n'intervient qu'une fois que le premier mot à démarrer. D'autre fois encore, le sujet est sûr qu'il n'aura pas d'accroc si le démarrage a été bon, et sur qu'il en aura beaucoup si ce démarrage a été laborieux. (F.LE HUCHE, 1998, P.166).

11.2.1.6 La réincarnation de la parole et la phonétique

Rectifier, dans le fonctionnement automatique de la parole, ces déviations articulatoires s'inscrit dans ce que nous appelons travail de réincarnation de la parole. Dans ce travail il s'agit, pour le sujet, de prendre conscience du fait que la parole se fabrique avec sa propre chair : ses lèvres, sa langue, sa mâchoire, son voile du palais, son larynx, ses poumons, le sujet doit prendre connaissance du fonctionnement de tous ces organes et apprendre à réaliser, grâce à eux, tous les bruits possibles, avec précision, facilité, naturel. (LE.HUCHE, 1998, P.159).

11.2.1.7 Le freezing

La technique du freezing ou du gel « sur place », permet au patient de maîtriser la production de sa parole bégayée en apprenant à maîtriser les sensations physiques engendrées par les tensions et les blocages du bégaiement.

On cherche d'abord à repérer où naissent ces blocages, comme ils se constituent, quelles sensations ils engendrent, et comment on peut apprendre à maîtriser à distance ses spasmes et contractures.

On demande au patient, au décours d'une conversation tout venant, de se figer sur place en posture lors d'un bégaiement prononcé, pendant toute sa durée.

On essaye ensuite, ensemble, d'analyser ce qui s'est passé au niveau laryngé – on comprend que pouvoir le montrer en fibroscopie constituera un avantage. La durée de se freezing sera allongée progressivement. Le patient peut ensuite reproduire volontairement le mouvement au ralenti, et on observe visuellement et on repère les sensations corporelles (tactiles) associées. Puis les sensations engendrées par la production de ces mouvements hypertoniques sont comparées à celles perçues lorsqu'une parole fluide est prononcée.

11.3 Autre prise en charge

Comme nous l'avons déjà évoqué, le bégaiement est un trouble complexe, qui comme en témoignent les chercheurs étiologiques variés, concerne de nombreux domaines. De même sa prise en charge est au carrefour de divers champs de compétences. Il existe d'autres thérapies que celles que nous avons citées.

La rééducation du bégaiement consiste à amorcer des changements (manière d'être, de parler, de réagir) qui sont difficiles pour le patient. Au cours de cette prise en charge, il faut donc préserver des moments de partage et de discussion pour évoquer l'effet que cela a sur le patient, quels sont ses ressentis quant aux changements et au travail effectué. Le patient doit rester le principal acteur de sa rééducation et cela passe avant tout par son droit fondamental d'accepter ou de

refuser certains exercices, certains changements et de poser ses propres objectifs qui peuvent être remis à jour et rediscutés aussi souvent qu'il le juge nécessaire. La prise en charge doit apporter un cadre rassurant pour rendre à la communication son aspect bénéfique (MONFRAIS-PFAUWADEL, 2014, P.300).

Conclusion :

Pour conclure ce chapitre, le bégaiement est un phénomène partiel dont les causes sont méconnues et semblent découler de facteurs multiples

Sachant que le bégaiement est un trouble qui apparaît précocement et peut-être même durable jusqu'à l'âge adulte, ce qui peut être considéré comme un handicap pour les sujets bègues. Il est important de connaître l'origine du trouble. La prise en charge se diffère d'une personne à une autre selon le cas.

Dans la seconde partie, nous allons présenter deux techniques, qui sont essentiels dans la prise en charge du bégaiement.

Chapitre 2

La respiration

Et la

Relaxation

Partie 1 : la respiration

Préambule

La respiration fait partie d'un rythme organique qui parcourt notre corps, le plus souvent c'est notre insu (tout comme la digestion, la veille et le sommeil ou la circulation sanguine par exemple). C'est un geste permanent, automatique qui varie en fonction de nos besoins (sport, chant, émotions, relaxation, etc.) mais dont nous ne sommes pas souvent conscients.

Dans le présent chapitre nous allons d'abord procéder aux définitions, les composants et les types de l'appareil respiratoire, puis nous passeront à la définition, l'anatomie et la physiologie de l'appareil phonatoire.

1. L'appareil respiratoire :

1.1 Définition

L'appareil respiratoire constitue le système de notre organisme chargé d'enrichir en oxygène le sang et de l'épurer du gaz carbonique afin d'assurer le maintien du métabolisme de nos tissus. Le revêtement épithélial de l'appareil respiratoire a pour origine embryologique l'entoblaste.

Ce système comporte, de point de vue fonctionnel, deux grands compartiments :

-les **voies respiratoires** où **voies aériennes**, conduction de l'air
- le **tissu** où se font les échanges gazeux entre l'air et le sang. (M Maillet. D CHIARASINI., 2013, P.81).

1.2 Les composants du système mécanique de la respiration

1.2.1 Les voies respiratoires supérieures

- Les fosses nasales sont deux cavités séparées l'une de l'autre par une cloison. À l'avant, elles forment le nez qui est la seule partie visible du système respiratoire.

- Les sinus de la face : il s'agit de cavités paires, creusées dans le massif osseux facial, qui communique avec les fosses nasales. Ils sont au nombre de quatre, respectivement les sinus frontaux, ethmoïdaux, sphénoïdaux et maxillaires. Ils sont tapissés d'une muqueuse pituitaire mais plus mince et pratiquement dépourvue de plexus veineux et de glandes.
- Le pharynx : est un carrefour de 13 cm de long en forme d'entonnoir, qui relie les fosses nasales et la bouche à l'œsophage et au larynx. Il permet le passage de l'air et des aliments. En général, on le connaît sous le nom de gorge. (M MAILLET. D CHIARASINI., 2013, P. 81-83).

1.2.2 Les voies respiratoires inférieures, extra-pulmonaires

- Le larynx : est très court ; il ne mesure pas plus de 5 cm de long. Il se situe au carrefour du pharynx et de la trachée et abrite les cordes vocales. C'est aussi lui qui aiguille l'air et les aliments vers les conduits appropriés : l'œsophage pour la nourriture et la trachée pour l'air.
- La trachée : est un conduit d'environ 12 cm de long, mobile et flexible, qui relie le larynx aux bronches. Ce tube est formé d'anneaux cartilagineux en forme de fer à cheval superposés.
- Les bronches souche : sont les deux premières ramifications de la trachée-artère. Elles sont constituées d'anneaux entièrement cartilagineux. Par la suite, elles pénètrent dans les poumons pour se ramifier en bronchioles. (M MAILLET. D CHIARASINI., 2013, P. 83-88).

1.2.3 Les poumons

Les deux poumons sont situés dans la cavité thoracique et sont séparés l'un de l'autre par le médiastin. Chaque poumon comprend des lobes, eux-mêmes constitués de lobules qui contiennent les alvéoles. Sur sa face médiale, le poumon gauche présente une concavité, l'incisure cardiaque, qui épouse la forme du cœur. Le poumon gauche est divisé en deux lobes par une scissure unique et contient huit segments pulmonaires. Le poumon droit est divisé en trois lobes par deux scissures et contient dix segments bronchiques. Les poumons sont entourés par une membrane séreuse formée de deux feuillets, la plèvre. Le feuillet interne, la plèvre viscérale, recouvre les poumons ; le feuillet externe, la plèvre pariétale, tapisse la paroi thoracique. Entre les plèvres pariétale et viscérale, se trouve un petit espace virtuel, la cavité pleurale. La pression de l'air dans la cavité pleurale (pression intrathoracique) est légèrement inférieure à la pression atmosphérique dans les poumons au repos.

Cette pression négative est un facteur critique pour l'étirement de la cage thoracique ce qui permet la distension des poumons. . (PP1 AND WORD ASSOCIATION OF PLANET HEALTH, 2000. P.128 129).

- Les voies respiratoires inférieures intra-pulmonaires : chaque bronche souche, en pénétrant dans le hile pulmonaire, se divise en bronches lobaires, au nombre de deux à gauche et de trois à droite.
- Le tissu respiratoire : Il est constitué des canaux alvéolaires et des alvéoles pulmonaires.
- L'interstitium pulmonaire, qui forme le squelette conjonctivo-élastique du poumon : il comporte les gaines péri-broncho-artérielles, les cloisons qui délimitent les différents territoires anatomique résultant de la division de l'arbre bronchique, et les septa inter-alvéolaires.

- Les plèvres, séreuse qui engainent chaque poumon : il s'agit d'une séreuse qui engaine chaque poumon, leur origine embryologique est mésoblastique. Elle comporte deux feuillets, l'un viscéral, en rapport avec le poumon, l'autre pariétale, en rapport avec le grill costal et séparés par un espace virtuel ; la cavité pleurale. (M MAILLET. D CHIARASINI, 2013, P. 88-102).

1.3 Physiologie de l'appareil respiratoire

Toutes les cellules nécessitent un approvisionnement continu en oxygène O₂ et rejettent continuellement du CO₂. Au niveau macroscopique la respiration correspond à la ventilation pulmonaire. Au niveau cellulaire, la respiration correspond au processus par lequel les cellules utilisent de l'O₂, produisent du CO₂ et convertissent l'énergie produite en composés assimilables.

. L'inspiration est un phénomène actif. Le principal muscle inspiratoire est le diaphragme. C'est un muscle membranaire séparant le thorax de l'abdomen. Il permet, à lui seul, la mobilisation des 2/3 de l'air inspiré.

Disposé à la base du thorax, lors de sa contraction, dite au repos, le diaphragme s'abaisse d'environ 2cm, et lors de son activité intense, il peut s'abaisser d'environ 5cm.

Le diaphragme permet l'augmentation du volume de la cage thoracique dans le sens vertical, il permet aussi l'augmentation du diamètre antéro-postérieur. (C SUREAU ET G GERMAN, 2007, P.112).

1.3.1 Autre muscles inspiratoire :

- Les muscles intercostaux externes : ils permettent l'augmentation du diamètre thoracique dans le sens latéral et dans le sens antéro-postérieur.

Il existe d'autres muscles dits accessoires : le sterno-cléido-mastoïdien, le scalène. Ils agissent au niveau du pôle supérieur du thorax, ils sont activés lors des inspirations forcées

(C SUREAU ET G GERMAN, 2007, p 112).

1.3.2 Les muscles expiratoires

L'expiration de repos est une expiration passive, ceci est possible grâce à l'élasticité du poumon et la cage thoracique.

- Lors de l'expiration forcée, qui est un phénomène actif, elle fait intervenir surtout les muscles abdominaux : le grand droit, l'oblique et le transverse, Ces muscles permettent l'augmentation de la pression abdominale et refoulent ainsi le diaphragme vers le haut. (C SUREAU ET G GERMAN, 2007, P.112-113).

Lors de la respiration, le volume thoracique augmente et diminue par l'intermédiaire de la grille costale et du diaphragme. Celui-ci va : S'abaisser pour attirer l'air dans le thorax lors de l'inspiration. Sur un plan sagittal : la contraction de ces muscles induit une verticalisation du rachis. Le sternum est projeté vers l'avant, la cage thoracique est attirée vers le haut. Finalement, il y a à la fois un élargissement du diamètre transversal, du diamètre antéro-postérieur et du diamètre vertical entraînant une augmentation du volume de la cage thoracique. S'élever pour rejeter l'air dans la trachée lors de l'expiration. Le tissu pulmonaire, élastique, revient à sa place initiale. Les muscles de l'inspiration arrêtent de se contracter. La pesanteur accentue le mouvement. (PP1 AND WORLD ASSOCIATION OF PLANETARIAN HEALTH., 2000. P.129).

1.4 Types de respiration

1.4.1 Mécanisme de la respiration costale (ou thoracique) :

Lors de l'inspiration, la cage thoracique s'élève grâce à l'orientation des côtes. Le volume thoracique ainsi que l'angle xiphoïdien augmentant de volume. La fixation des côtes au niveau du sternum détermine un glissement les unes par rapport aux autres. Lors de la respiration calme, l'élasticité thoracique permet de le faire revenir à sa place initiale. Contrairement à l'expiration freinée où la cage thoracique est abaissée contre les forces élastiques. Les différents types de respirations costales sont : Respiration costale calme Respiration costale forcée Respiration subclaviculaire (inspiration se poursuivant jusqu'en haut des côtes) (TALEB, S, 2011. P.12).

1.4.2 Mécanisme de la respiration diaphragmatique (ou abdominale) :

Les viscères abdominaux et les muscles de la paroi abdominale jouent un rôle très important. Le foie, considéré comme le « noyau diaphragmatique » s'abaisse et s'élève.

Lors de l'inspiration, la respiration atmosphérique plaque le poumon contre la paroi thoracique. Une dépression règne dans la cavité pleurale permettant aux poumons de rester plaquer contre la paroi, les obligeant à suivre les mouvements du diaphragme et du thorax. Il y a un raccourcissement des fibres longues des insertions diaphragmatiques postérieures plus important que celui des fibres antérieures beaucoup plus courtes. Le centre tendineux s'abaisse en dessous de l'appendice xiphoïde et la distance entre les parties montantes des coupes diaphragmatique et la paroi abdominale augmente entraînant un élargissement au niveau du recessus costomédiastinale plus en arrière qu'en avant. L'espace supplémentaire ainsi créé, permet le déploiement des poumons. Lors de l'expiration, la contraction des muscles de la paroi abdominale propulse le

diaphragme et le foie à l'intérieur du thorax. Les fibres musculaires diaphragmatiques relâchées prennent un trajet ascendant le long de la paroi thoracique jusque dans la coupole diaphragmatique. L'augmentation inspiratoire de tous les diamètres thoraciques contribue à l'ouverture du récessus.

Par conséquent, le diaphragme permet la descente des organes quand il s'abaisse. Ils suivent également ce muscle lorsqu'il remonte. (TALEB-AHMED SELIM., 2011. P.12).

2. L'appareil phonatoire

2.1 Définition

L'appareil phonatoire est l'ensemble des organes qui produisent des phones, ou sons propres à la langue parlée.

(DICTIONNAIRE.SENSAGENT.LEPARISIEN.FR)

2.2 Les composants du mécanisme phonatoire

2.2.1. La soufflerie pulmonaire

2.2.1.1 Les poumons

La fonction première des poumons est la respiration (hématose : oxygénation du sang) qui est une fonction involontaire. Pour la phonation, fonction volontaire commandée par le système nerveux, les poumons agissent comme un réservoir d'air qui est mis sous pression. Ce réservoir élastique possède des parois extensibles dont la motilité est assurée par un système musculaire extrinsèque. L'élasticité des poumons est due à la structure anatomique de cet organe. En effet, chaque poumon est divisé en lobes, se divisant eux-mêmes en lobules ; chaque lobule est délimité par des cloisons fibreuses tapissées d'un réseau élastique. De plus, la bronche principale, qui pénètre dans chacun des poumons au niveau du

hile, se ramifie en bronches extra-lobulaires de calibre décroissant progressivement conduisant éventuellement à un lobule. Ainsi dans chaque lobule pénètre une bronchiole intra-lobulaire se divisant en bronchioles alvéolaires.

Dans les conditions normales, les mouvements des poumons sont étroitement liés aux modifications du volume de la cage thoracique, car chacun d'eux est solidaire de celle-ci par l'intermédiaire d'une membrane séreuse. Cette membrane dite plèvre viscérale, se présente sous la forme d'un sac sans ouverture favorisant le glissement du poumon sur la paroi de la cage thoracique. (MOHAMMED FAOUZI SMIEJ., 1991, P.7).

2.2.1.2 La cavité thoracique

C'est un ensemble de douze paires de côtes, maintenues en place par un tissu conjonctif et élastique et actionnées par des muscles ayant pour effet, en se contractant, de diminuer ou d'augmenter le volume de la cavité thoracique et des poumons.

L'expansion de la cage thoracique se fait dans les trois plans de l'espace :

- latéral transverse,
- antéro-postérieur,
- vertical.

En phase phonatoire, les muscles intervenant dans le mouvement de la cavité thoracique (MOHAMMED FAOUZI SMIEJ., 1991, P.8).

2.2.1.3 Le système Canalaire (la trachée)

Ce système permet le transport du flux aérien jusqu'au niveau du vibreur laryngé. Il est constitué de conduits rigides dotés d'une annature cartilagineuse. La trachée est constituée de 18 anneaux cartilagineux incomplets à leur partie postérieure et en forme de fer à cheval. Elle se bifurque en deux bronches souches, une par poumon.

La rigidité anatomique du système canalaire fait de celui-ci un résonateur secondaire dans la phonation. (MOHAMMED FAOUZI SMIEJ., 1991, P.9).

2.2.2 Le vibreur laryngé

Situé à l'extrémité supérieure de la trachée, le vibreur laryngé assure deux fonctions :

- fonction sphinctérienne, assurant d'une part la protection des voies respiratoires pendant la déglutition et d'autre part une consolidation de l'annature thoracique par un raidissement musculaire lors d'un soulèvement de charge (blocage glottique d'effort).
- fonction vibratoire permettant la phonation.

Nous décrirons les principales composantes du vibreur laryngé à savoir les cartilages, les Systèmes ligamentaires et musculaires et enfin son innervation. (MOHAMMED FAOUZI SMIEJ., 1991, P.9).

2.2.2.1 Les cartilages

Le squelette laryngé est constitué par des cartilages hyalins :

- le cartilage thyroïde impair et médian.
- le cartilage cricoïde impair et médian.
- les cartilages aryénoïdes pairs et latéraux avec leurs petits cartilages : les comiculés.
- le cartilage épiglottique.

Mentionnons de plus l'os hyoïde qui joue un rôle important dans l'appareil suspenseur du larynx. (MOHAMMED FAOUZI SMIEJ., 1991, P.9).

2.2.2.2 Le système ligamentaire et musculaire

a- Le système ligamentaire

On distingue deux sortes de ligaments

- extrinsèques rattachant le vibreur laryngé à son environnement :
- Ligaments thyro-hyoïdiens.

- Ligament crico-trachéal.
- Ligaments pharyngo-épiglottiques et glosso-épiglottiques.
- intrinsèques :
 - Ligament thyro-épiglottique.
 - Ligament crico-thyroïdien.
 - Ligaments ary-corniculés.
 - Membrane fibro-élastique du larynx.

b- Le système musculaire

Les muscles intrinsèques sont les muscles intervenant dans les fonctions d'adduction (Rapprochement), d'abduction (écartement) et de tension des cordes vocales. (MOHAMMED FAOUZI SMIEJ., 1991, P.10).

2.2.2.3 L'innervation

Le système d'innervation des muscles du vibrateur laryngé est constitué par la dixième paire et par le nerf récurrent.

2.2.3 Le résonateur pharyngo -naso-buccal

2.2.3.1 Le pharynx

Carrefour aéro-digestif, le pharynx constitue un pavillon musculaire s'étendant de la base du crâne jusqu'au niveau du cricoïde, où commence l'œsophage. Il est constitué de deux parois latérales très mobiles, d'une paroi postérieure adhérent au tissu prévertébral et d'une paroi antérieure incomplète au niveau des communications pharyngo-buccales et pharyngo-nasales.

Le pharynx est doté de deux systèmes vélares, l'épiglotte et la valve vélo-pharyngée. Cette dernière joue un rôle capital dans la phonation (séparation des sons nasalisés et non nasalisés). Le système musculaire pharyngé peut être divisé en deux groupes fonctionnels :

- les muscles constricteurs formés par des fibres circulaires ; parmi ces muscles, notons le constricteur supérieur (au niveau de l'apophyse ptérygoïde), le

constricteur moyen (au niveau de l'hyoïde) et le constricteur inférieur (le thyroïde et le cricoïde).

- les muscles éleveurs à fibres longitudinales essentiellement les palato-pharyngiens et les stylo-pharyngiens. (MOHAMMED FAOUZI SMIEJ., 1991, P.13).

2.2.3.2 Le palais et le voile

Le palais est de structure osseuse sur sa partie antérieure et se termine en arrière à sa partie médiane par la luette. Le voile du palais contient plusieurs muscles assurant ses mouvements phonatoires et de déglutition.

2.2.3.3 La cavité orale

Les arcades dentaires inférieures et supérieures séparent la cavité orale proprement dite du vestibule oral, se terminant par les lèvres. Le plancher de la cavité buccale comprend le muscle mylo-hyoïdien qui supporte la langue.

Parmi les organes de la cavité orale on note :

- la langue : organe extrêmement mobile et riche en muscles, elle joue un rôle essentiel dans la prononciation. Elle est rattachée au plancher par le frein lingual et à l'hyoïde par la membrane glosso-hyoïdienne.

- les joues sont formées essentiellement par les muscles buccinateurs.

- les lèvres : ayant une importance capitale articulatoire, les lèvres ont une structure musculaire développée.

- la mâchoire inférieure : en rapport très étroit avec l'hyoïde et la langue, ses mouvements ont une influence sur la morphologie bucco-pharyngée. De par son rôle dans la physiologie masticatoire, elle possède également un appareil musculaire complexe. (MOHAMMED FAOUZI SMIEJ., 1991, P.14).

2.2.3.4 Les cavités naso-sinusiennes

La cavité nasale est délimitée d'un côté par les narines et de l'autre par les orifices pharyngés ou choannes. Elle est divisée plus ou moins symétriquement par le septum nasal et elle contient de chaque côté trois cornets recouverts d'une muqueuse. La cavité nasale communique avec les sinus paranasaux. Aucun muscle n'agit sur la morphologie de ces cavités pneumatiques, ce qui fait que la cavité nasale intervient dans la phonation comme résonateur statique. (MOHAMMED FAOUZI SMIEJ., 1991, P.16).

2.2.4 La commande nerveuse

L'émission sonore et l'articulation verbale sont le résultat d'une synergie des actions musculaires de toutes les composantes des voies respiratoires. Elles sont commandées par des voies motrices primaires partant du cortex moteur et prémoteur (l'aire de Broca située au-dessous de l'intersection des scissures de Rolando et de Silvius). Cette aire est en communication avec des voies motrices secondaires appartenant au système extrapyramidal. Notons de plus que le cervelet joue un rôle de régulation et de coordination dans la phonation. (MOHAMMED FAOUZI SMIEJ., 1991, P.16).

2.3 Physiologie de l'expiration phonatoire

Celui qui veut produire un son vocale commence par faire une inspiration qui délatte la poitrine, puis, au moment où l'expiration commence, l'air sort en produisant un son vocale au lieu de sortir muet et le son vocale continue à sortir jusqu'à ce que tout l'air qui aurait dû être expiré en simple souffle, si il n'y avait pas eu de son à produire, a été employé à sa formation. Alors, ou celui qui parlait s'arrête, ou, voulant continuer de produire le son vocale, il fait une nouvelle inspiration, et au moment où l'expiration commence un nouveau son se produit et

continue jusqu'à ce que tout l'air soit expiré, et toujours ainsi, si, après l'air expirer, la personne veut entendre de nouveaux sons.

2.3.1 Débit et pression sous-glottiques

En expiration libre, la différence de pression entre les niveaux sous-glottiques et sus-glottiques est minime car le sphincter glottique est largement ouvert. Par contre, en expiration phonatoire, équivalente à une respiration "sous contrainte", la pression sous-glottique et le débit trans-glottique sont très variables de manière à s'adapter en permanence aux contraintes du phrasé en réglant les paramètres acoustiques.

Il en résulte que :

- le temps expiratoire s'allonge considérablement,
- l'expiration devient active nécessitant la contraction musculaire expiratoire, plus particulièrement la sangle abdominale,
- le rythme respiratoire perd sa régularité pour s'adapter par de fréquentes pauses aux impératifs de la phonation (intonation, ponctuation et mélodie).

Les débits aériens au niveau glottique sont de nature différente pour une expiration phonatoire et une expiration respiratoire. Pour la première, le débit aérien est de nature turbulent à cause de la variation impédantielle glottique. Par contre, il est laminaire pour une expiration respiratoire à cause de la nature de l'écoulement de l'air et la faible pression sous-glottique. (MOHAMMED FAOUZI SMIEJ., 1991. P 18).

2.3.2 Mécanique respiratoire en phonation

Les inspirations, qui en respiration libre ne font intervenir que la contraction du diaphragme et des muscles intercostaux externes, sont plus rapides et plus profondes au cours de la phonation. Elles sollicitent en plus des muscles inspireurs accessoires (scalènes, sterno-cléido-mastoïdiens).

L'expiration phonatoire se caractérise par une mise en tension plus ou moins ferme du thorax par la contraction tonique antagoniste des muscles inspireurs et

expirateurs, évitant ainsi un relâchement de la musculature thoraciques après les inspirations. Bien que cette posture conserve sa fermeté, elle se modifie progressivement à mesure que l'expiration phonatoire progresse. (MOHAMMED FAOUZI SMIEJ., 1991. P 18-19).

Partie 2 : la relaxation

Préambule

La relaxation est une technique de maîtrise de son corps qui permet d'améliorer sa vie dans de nombreux domaines, notamment le domaine orthophonique.

Dans cette partie, nous allons présenter quelques définitions ainsi que les méthodes et exercices de relaxation et de la respiration.

1. Quelques Définitions :

La relaxation c'est une thérapeutique de déconditionnement consiste essentiellement à susciter une détente volontaire permettant d'agir sur les accès tonique.

En fait, pour ce qui concerne les sujets qui bégaiement, une éducation psychomotrice qui fait évoluer en même temps la motricité et le langage. Dans la majorité des cas, l'expérience nous montre que la relaxation isolée n'est pas suffisante pour les blocages et les inhibitions. Elle ne peut être une aide efficace qu'à la condition qu'elle soit associée à l'acte de parler, parfois à un traitement médicamenteux et complétée par un soutien psychologique. (DINIVILLE, 1992, P.64).

Selon le dictionnaire la relaxation se définit comme : un relâchement, état de détente : relaxation des muscles. La mise en liberté. (PETIT LAROUSSE EN COULEUR, P.789).

2. Quelques méthodes de relaxations :

2.1 Méthode de Schultz :

Méthode Schultz : C'est une pratique proche de l'auto-hypnose qui permet un relâchement musculaire pour aboutir à un état de détente globale. Il peut se pratiquer en position assise ou couchée, les yeux fermés.

- Expérience de la pesanteur : on cherche la détente musculaire.
- Expérience de la chaleur : modifications vasculaires dans le sens d'une vasodilatation.
- Contrôle du cœur.
- Contrôle respiratoire : il est proposé au sujet de s'abandonner à sa respiration, sans vouloir l'influencer d'aucune manière.
- sensation de chaleur au niveau de l'abdomen.
- Fraîcheur du front : le sujet doit se concentrer sur une fraîcheur légère et passagère, il cherche une réaction vaso-constrictive. (LE HUCHE, F., 2002, p.63)

2.2 Méthode d'Ajuriaguerra :

Cette méthode est orientée vers l'analyse des résistances à la relaxation dans le cadre de la relation relaxateur-relaxé. Elle introduit la notion de « dialogue tonique ».

Elle évite délibérément toute induction par la suggestion : le sujet est prié de chercher à détendre par exemple sa main droite et d'essayer de réaliser toutes les sensations perçues à ce niveau. (LE HUCHE ET A. ALLALI, 2002, P.64).

2.3 Méthode de Jakobson :

Née pratiquement en même temps que la méthode de Schultz, elle se définit comme progressive et différentielle. Contrairement à cette dernière, elle n'utilise pas la suggestion mais part du contrôle conscient du tonus musculaire et de la détente segmentaire : « L'expérience par le sujet des tensions-détente lui permet de jouir de la détente segmentaire et l'amène à la maîtrise musculaire ». (LE HUCHE ET A. ALLALI, 2002, P.66).

2.4 La Relaxation les yeux ouverts le huche (le tour du corps) :

Ici, le patient effectue des soupirs entrecoupés de pauses de quelques secondes. Durant ces pauses, il recherche un sentiment de bien-être malgré l'absence de respiration : cela s'appelle « l'apnée confortable ». Celle-ci n'est possible que si l'inspiration s'est déroulée de manière économique et harmonieuse.

En même temps que la pause respiratoire, le sujet effectue des manœuvres de crispation-détente « où il s'agit de mettre en tension progressivement tous les muscles d'un membre, sans pour autant provoquer de mouvement, en réalisant en quelques secondes un blocage progressif des articulations de ce membre, puis leur relâchement subit, tout en évitant la diffusion de la tension au reste du corps ».

Cet exercice ne vise pas la décontraction en tant que telle mais la maîtrise de l'énergie psychomotrice.

Le patient devient capable d'accéder à son « potentiomètre » qui a pour rôle de régler le niveau de l'énergie dans le corps et l'esprit. Au-delà de l'accès à ce potentiomètre, le sujet apprend à le manœuvrer pour « dévolter et survolter » à volonté. Cette capacité ainsi développée va servir de base pour la suite de la thérapie chez la personne bègue (débit, articulation...).

Cet exercice comporte dix temps :

2.4.1 Temps 1. Adaptation à la position horizontale

- Pendant un certain temps (dix secondes à deux minutes), le patient prend conscience de sa propre position, il s'installe en quelque sorte.
- Il vérifie qu'il repose confortablement sur le dos et que les parties droite et gauche de son corps s'appuient de façon égale sur le plan horizontal.
- Il rectifie au besoin la position de ses épaules ou de son bassin.
- Il ne serre pas ses talons, mais ne les éloigne pas l'un de l'autre de plus de la longueur d'un pied.

- Il laisse ses pointes de pieds tomber chacune de son côté, entraînant ses genoux à s'orienter plus ou moins vers l'extérieur.
- Il vérifie que l'axe de sa tête et l'axe de son corps sont bien dans le prolongement l'un de l'autre.
- Eventuellement, il tourne mollement une ou deux fois sa tête à droite et à gauche en s'assurant que son cou est détendu et que son menton reste « près de la gorge » ce qui signifie que sa tête n'est pas rejetée en arrière.
- Ses yeux restent ouverts et son regard se porte au-dessus de lui et légèrement en avant.
- Ses mains sont posées sur lui. L'une sur le ventre, l'autre sur le thorax, au-dessus de la poitrine.
- Ses coudes reposent mollement sur le divan.
- Les doigts sont allongés et non serrés.
- Le sujet ne s'oblige pas à l'immobilité. Il lui est toujours permis de bouger ici ou là dans le but d'un abandon plus grand.

Pendant le temps que dure cette période d'adaptation à la position horizontale, le sujet est prié d'observer sa respiration sans la déranger. Est-elle à prédominance thoracique ? Ou à prédominance abdominale ?

On pourra inciter le sujet à s'orienter vers un rythme plutôt un peu rapide sans s'obliger à la régularité et vers la prédominance thoracique (ce qui peut étonner), dans un contexte de légèreté du mouvement. A la fin de cette période d'adaptation à la position horizontale, le sujet fera d'abord une respiration nasale assez ample mais pas trop lente, puis, après l'expiration (non forcée), il ne respirera plus d'une manière naturelle mais par soupirs, entrecoupés de pauses. (LE HUCHE, 1989, P.69-70-71).

2.4.2 Temps 2. Introduction des soupirs

- Après une courte pause, le sujet est prié de faire un soupir. Il s'agit d'une respiration un peu ample, comme la précédente, mais par la bouche entrouverte et en réalisant grâce à une position adéquate des lèvres et de la langue un freinage « bruyant » de l'air, aussi bien à l'inspiration qu'à l'expiration. Le bruit réalisé ainsi est à l'inspiration celui d'un [f à l'envers] rapidement croissant qui s'enchaîne sans solution de continuité en principe avec un bruit expiratoire donnant l'impression d'un [ch décroissant].

- Ce soupir est suivi d'une nouvelle pause respiratoire.

- Transgressant le principe précédent, un arrêt sera parfois indiqué entre ce [f à l'envers] et ce [ch décroissant], réalisant une sorte de suspens inspiratoire qui paradoxalement permet aux tensions musculaires inspiratrices excessives, de se dissiper... à condition que la glotte reste ouverte. Le mouvement respiratoire sera à la fois abdominal et thoracique et d'allure naturelle. Grâce à ses mains posées sur lui, le patient contrôlera que ses parois abdominale et thoracique se soulèvent ensemble, d'un mouvement facile et souple. Une bonne consigne est la suivante : « C'est votre thorax qui commande le soupir ; mais il bouge peu ; de cette façon le ventre l'aide ». Parfois il sera bon, pour sortir le patient de son blocage, de lui proposer momentanément quelques soupirs strictement thoraciques, puis quelques soupirs strictement abdominaux.

Parfois encore on l'aidera par des tractions exercées sur ses épaules. En séance, le soupir est en général induit verbalement par le rééducateur par les mots « soupir » ou « et un soupir » ou « et encore ». On indiquera en outre au patient qu'il doit marquer un délai d'une seconde ou deux environ, entre l'indication « soupir ! » et la réalisation de celui-ci. Ce délai qui s'installe naturellement lorsque l'exercice commence à être bien compris correspond à un temps de regard sur soi avant de partir dans le soupir.

Sans ce temps et surtout sans ce regard, le soupir ne peut pas s'ajuster avec exactitude au besoin respiratoire du patient. Placé derrière la tête du sujet, le rééducateur après avoir prononcé le mot « soupir » peut aider le sujet à sentir ce délai nécessaire au moyen d'un geste de la main arrêtée pendant ce délai et sollicitant le démarrage du soupir au moment opportun.

Dans ce travail, le rééducateur, quelle que soit sa façon de procéder, doit se mettre en empathie avec le sujet, de façon à ressentir en lui-même les besoins respiratoires de celui-ci et à pouvoir lui fournir éventuellement des modèles sonores de soupirs adéquats. Pendant la pause entre les soupirs, le sujet doit (en principe) observer l'absence complète de respiration.

Celle-ci n'aura pas tendance à se produire si le soupir précédent a été réalisé de façon satisfaisante.

Cette absence de respiration sera dans ce cas accompagnée d'un sentiment d'aisance générale réalisant l'état d'apnée confortable souhaité. Pour y parvenir, le patient devra tâcher d'apprécier l'état relatif de son confort entre deux soupirs : « A quelle distance suis-je de l'état de bien être idéal ? ». Il devra impérativement faire cependant quelques concessions à cette règle de l'absence de respiration entre les soupirs s'il ressent quelque contrainte. Mieux vaut en effet – et de beaucoup – quelques « respirations clandestines » que l'inconfort respiratoire. Indiquons enfin que la durée de la pause entre deux soupirs doit pouvoir varier d'un soupir à l'autre librement. Loin d'adopter une régularité dans la succession des soupirs, on s'ingéniera au contraire à proposer peu à peu des variations : soupirs plus rapprochés ici, plus éloignés à un autre moment.

De cette façon on évitera l'écueil du soupir stéréotypé, bloqué dans une forme fixe quel que soit le besoin respiratoire. Notons qu'il est impératif d'interrompre momentanément l'exercice en revenant pour un temps à une respiration libre si décidément le sujet le sujet ne s'oriente pas vers le confort. Ce

travail de mise au point concernant le soupir lors de la séance permettra au sujet lors de son entraînement quotidien, d'apprendre en toute liberté cette fois, à laisser se produire le soupir qui convient le mieux à un moment librement choisi, en expérimentant des temps d'apnée confortable d'une durée variable. (LE HUCHE, 1989, P.71.74).

2.4.3 Temps 3. Crispation

- relaxation de la main et de l'avant-bras droit Cette manœuvre de crispation.
- relaxation (ainsi que les six qui suivent) n'est réalisée qu'une seule fois pendant tout l'exercice.
- Après avoir effectué quelques soupirs, le sujet est invité à contracter les muscles de son bras droit. Cette contraction dure deux à trois secondes.
- Elle démarre « un petit temps » après la fin du soupir. - D'abord légère elle se renforce progressivement puis cesse d'un coup.
- Elle se traduit par un blocage des articulations de la main, du poignet et du coude (l'épaule reste libre) mais, en principe, il ne se produit aucun mouvement.
- Le sujet s'efforce de limiter sa mobilisation musculaire au bras et à la main. Cette diffusion se produit inévitablement si l'on crispe les muscles au maximum. Le problème du sujet est de dépister cette diffusion (au bras opposé, au visage, au dos, à la glotte, au thorax...) de façon à pouvoir l'éliminer peu à peu.
- La décontraction doit être instantanée.
- Après la décontraction viendra ou viendront un ou plusieurs soupirs avant de passer au temps suivant.

Pendant le temps qui se situe entre la décontraction et le soupir et plus encore pendant les pauses respiratoires, le sujet devra s'interroger sur les sensations qu'il

éprouve au niveau du bras qu'il vient de contracter et de décontracter. (LE HUCHE, 1989, P.74).

2.4.4 Temps 4. Crispation

– relaxation de la jambe et du pied droits Le patient est invité ensuite à contracter les muscles de sa jambe. Comme pour l'avant-bras et la main, cette contraction commence « un petit temps » après la fin du soupir, elle est progressive, elle dure deux à trois secondes, elle cesse brusquement. Elle se traduit par un blocage du pied (ne pas faire la pointe) et un raidissement du genou. La crispation ne diffuse pas. (LE HUCHE, 1989, P.75).

2.4.5 Temps 5. Crispation

– relaxation de la jambe et du pied gauches Ce temps est exactement calqué sur le précédent. Un ou plusieurs soupirs sont réalisés avant le temps suivant. (LE HUCHE, 1989, P.75).

2.4.6 Temps 6. Crispation

– relaxation de la main et de l'avant-bras gauches Ce temps est exactement la réplique du temps 3. Il est également suivi par un ou plusieurs soupirs. (LE HUCHE, 1989, P.75)

2.4.7 Temps 7. Soulever l'épaule gauche

- « Un petit temps » après la fin d'un soupir, le patient est prié d'imaginer qu'un fil venant du plafond s'attache à son épaule gauche et qu'on tire verticalement.

- sans hâte.

– le fil. L'épaule se soulève le plus haut possible mais avec le minimum d'effort.

- Au bout de 2 à 3 secondes, on coupe le fil. L'épaule retombe inerte.

- Après « un temps » reprennent les soupirs. (LE HUCHE, 1989, P.75).

2.4.8 Temps 8. Soulever la tête

- « Un petit temps » après la fin d'un soupir, le patient est prié de lever la tête, comme pour regarder ses pieds. Le haut du dos et les épaules restent en contact avec le plan horizontal.
- Au bout de deux à trois secondes, le sujet remet en place son cou puis sa tête.
- Après un temps variable, la respiration par soupirs est reprise. (LE HUCHE, 1989, P.75).

2.4.9 Temps 9. Soulever l'épaule droite

Ce temps est exactement calqué sur le temps 7 suivi de même par un ou plusieurs soupirs. (LE HUCHE, 1989, P.76).

2.4.10 Temps 10. Retour à la respiration continue

- « Un petit temps » après la fin d'un soupir, le sujet ferme sa bouche jusque-là entrouverte et revient à une respiration nasale continue.
- Celle-ci ne sera « pas trop lente » et « au moins autant thoracique qu'abdominale ».
- Le sujet veillera à ce que les deux temps respiratoires s'enchaînent sans rupture, se coulant l'un dans l'autre. Comme on le voit, cet exercice est « actif » : le sujet a des choses à faire.

Et pourtant l'essentiel en fin de compte :

- le sujet le comprend peu à peu
- n'est pas de « bien faire », mais de « bien voir » ce qui se passe en lui, et d'éprouver les mouvements de l'énergie dans l'ensemble de son corps et dans chacune de ses parties. (LE HUCHE ET A. ALLALI, 2002, P.75-76).

2.4.11. Les avantages de cette technique :

- La rapidité d'obtenir des résultats initiaux inverse d'autres méthodes qui nécessitent au moins un mois.
- Ne prenez pas beaucoup de temps.
- Son applicabilité dans une atmosphère non tranquille.
- Discrète et ne dérangeant pas le patient. (Le Huche, F. 2002, P.68-69).

3 Exercice de respiration :

De nombreux exercices de respiration se pratiquent en position couchée. La position horizontale est, en effet, particulièrement adaptée à la pratique de la relaxation corporelle et donc au combat des inhibitions qui bloquent le plus souvent l'expression orale.

Le but des exercices est de permettre au patient de parvenir à maintenir une pression expiratoire constante en phonation. Isabelle Ammann (1999) explique que « poser sa voix », revient à « poser son souffle ». C'est pourquoi les prises en charges de bégaiement commencent bien souvent par des exercices de respiration.

Cependant les exercices proposés visent une coordination pneumo-phoïque, ce qui signifie que le travail sur le souffle est mis en correspondance avec la projection vocale. Il n'est pas question de d'apprendre au patient une respiration idéale, le but est de parvenir à une meilleure utilisation du souffle dans la parole.

3.1 Type d'exercice de respiration :

3.1.1 Le souffle rythmé (2.8.4)

Selon le huche cet exercice fait suite à l'exercice de la relaxation « yeux ouvert » car il nécessite un grand calme et une détente pour le sujet, et aussi appelé (2-8-4) parce qu'il est effectué en trois étapes de durée variable, qui sont 2

seconde pour l'inhalation, 8seconde pour la tenue d'air, 4 seconde pour l'expiration, et il est appliqué comme suite :

Les mains, placées comme pour la relaxation yeux ouvert, l'une sur le ventre l'autre sur l'abdomen, les coude reposant mollement sur le plan horizontal.

Il est important que le sujet puisse prendre conscience des mouvements thoracique et abdominale.

3.1.1.1. Inspiration, inspiré pendant 2 secondes :

Le sujet est invité de gonflé lentement le ventre en inspirant par la bouche une certaine quantité d'air, toujours avec légèreté, mais sans aucun effort.

3.1.1.2. Respiration pendant 8secondes :

Donc, le sujet maintien l'ai sans crispation ni effort, il doit sentir la suspension du mouvement inspiratoire. Toute en gardant la glotte ouverte, ce qui peut être possible si le sujet reste calme et concentré sur l'exercice.

3.1.1.3. Expirer pendant 4 secondes :

Cette expiration active s'effectue naturellement et silencieuse, selon le type abdominale.

Le sujet expire l'air de la bouche sous forme d'un son (CH), la sortie de l'air stocké doit être immergée pendant quatre secondes. (LE HUCHE, 2002, P.123, 124,125).

3.1.2 Le canard

Le sujet est en position allongée sur le dos. On lui place sur le ventre un canard (si y'en a pas un ballon) en matière plastique, qu'il tiendra du bout de doigts.

On lui raconte une histoire (ou lui montrer des images) l'histoire : « c'est un canard sui se promène sur un lac. De temps en temps le vent souffle, comme il s'agit d'un canard plein d'astuce, il s'arrange pour se mettre à ce moment dans le creux de la vague pour éviter d'avoir ses plumes ébouriffée » alors la méthode et la suivante :

-expiration : le vent souffle, le ventre rentre.

-inspiration immédiate : le ventre gonflé aussitôt.

-tenue inspiratoire : le ventre reste gonflé. (LE HUCHE, 2002, P.127).

3.1.3 Souffle abdominal simple :

Cet exercice de respiration abdominale simple : aide à préparer l'adulte à aborder un exercice plus ordonné qui est (2-8-4) et est représenté par :

- Inspiration : le ventre se gonfle, l'air rentre.

- Tenue : le ventre reste gonflé, modérément, un certain temps sans blocage glottique.

- Souffle : le ventre rentre reprend sa forme, l'air sort.

- Inspiration : le ventre regonfle, permettant la rentrer d'air. (LE HUCHE, 2002, P.127).

3.1.4 Exercices de respiration en position assise ou debout :

Le Huche, a mentionné que « la pédagogie du souffle phonatoire ne doit pas être assimilée à la gymnastique respiratoire. » (2002, p.120). La plupart de ces exercices peuvent être effectués en position assise ou debout, mais dans les deux cas, "F le Huche" a donné plusieurs exercices spéciaux dans cette position et nous allons essayer d'expliquer certains de ces Exercices.

3.1.4.1- le souffle sagittaire :

Le sagittaire est le plus souvent représenté par l'animal mythique de centaure, créature mi- cheval, mi-homme crachant des flèches. Dans cet exercice, le sujet lancera les flèches par lui-même, imaginer un navire et faire un paiement, cette attention est nécessaire sur la cible et le sujet envoie une série de trois. Respirations successives. Ces trois respirations sont séparées l'une de l'autre dans un court laps de temps. (Le Huche, F., 2002, p.130).

3.1.4.2 L'exercice de Chimpanzés :

Ce nom provient de la posture physique d'un singe chimpanzé non vertical où le sujet est accroupi. Il retourne son bassin autant que possible à l'arrière, puis entre dans l'abdomen et déplace les paumes de ses mains vers l'intérieur et vers l'extérieur et reste dans cette position une minute ou deux minutes au moins et le patient au cours de ce regard à la section inférieure et essayer de respirer dans cette position seulement. (LE HUCHE, 1989, P.139).

3.1.4.3L'exercice de la girouette :

Cet exercice a beaucoup de souffle, on retrouve aussi cinq (5) directions différentes : à droite-inclinaison de droite-avant-inclinaison de la gauche puis à gauche, puis en face de l'inclinaison gauche de gauche vers l'avant de droite-puis à droite et ici la position doit être verticale, Et ne pas faire passer le souffle qu'après que la direction prévue soit déterminée, Et la nécessité de prendre l'air en même temps que le patient tourne sa tête. (Le HUCHE, F., 2002, P.139-140).

3.1.4.4La paille

Cette technique propose au sujet de se familiariser avec le mécanisme du souffle au moyen d'une paille de petit calibre tenue solidement entre les lèvres. Le creux de la main placé à cinq centimètres de l'extrémité de celle-ci, le souffle émis fermement mais sans violence .cette technique permet de faciliter le contrôle du souffle, faciliter aussi la mise en œuvre du souffle abdominal et le redressement du corps. (LE HUCHE, 1989, P.140).

4. La rééducation verticale :

L'objectif de ce travail porte de la restauration d'une verticalité de la posture du sujet afin de limiter les tensions posturales. Il s'appuie sur les modifications posturales observées lors du comportement.

4.1 Le Sphinx

Le nom est tiré d'un objet mythique grec, et le patient dans cet exercice est devant le miroir.

Verticalité maximale sans raideur avec la révision de son corps et de sa tête qui sont sur le même axe, puis le sujet se concentre un regard dans la direction opposée, puis légèrement à droite, puis il se rétracte enfin vers la position initiale pour diriger à nouveau son visage Mais cette fois vers la gauche, puis il revient finalement à la première étape, et ainsi de suite (Le Huche F., 2002, p.142).

5. Les différents types de vocalisation :

5.1 L'exercice de la mouche :

Le sujet doit produire un son (M) toute en gardant la bouche fermée. Le sujet en position debout ou assis se place dans l'attitude de la projection vocale, il utilise bien sur le souffle abdominal. L'émission dure deux à trois seconde, le sujet notera les sensations vibratoires au niveau du visage, s'il fait correctement le travail, pour cela la verticalité du visage doit être parfaite ainsi que la décontraction du plancher de la bouche. (LE HUCHE, 2002, P.153).

5.2 Exercice ma, me, mi, mo, mu :

Cet exercice dérive de l'exercice de la mouche. Il s'agit d'une série d'émission qui débutent par un son à bouche fermée avec port de voix. Contrairement à ce qui a lieu dans la mouche, la bouche s'ouvre à la fin de l'émission sur une voyelle, émise de façon brève, voyelle qui vient en quelque sorte interrompre la production du son nasal (M). (LE HUCHE, 2002, P.154).

5.3 Exercice bra, bre, bri, bro, bru :

Pour celui-ci, on trouve quinze séries d'émission de cinq syllabes chacune. C'est la même méthode que la précédente (M), remplaçant le (m) par (br) pour la première série puis (cr) pour la deuxième, (dr) pour la troisième et ainsi de suite

jusqu'à la dernière lettre(z) « zra, zre, zri, zro, zru », sauf le (k) qui fait double emploi avec (c). (LE HUCHE, 2002, P.155).

Conclusion :

Il est important de comprendre le rôle que joue la respiration. C'est l'un des éléments clés qui régissent la parole. On dit même que la respiration nourrit la parole. Il paraît donc évident que le fait de la bloquer amène à des situations dans lesquelles il devient difficile de s'exprimer de manière correcte, la respiration est donc l'élément clé pour parvenir à s'exprimer de manière correcte. En effet, si le lien entre la parole et la respiration se fait de manière naturelle chez la plupart des personnes, ce n'est pas le cas pour les personnes qui bégayent. Parfois, certains n'arrivent pas à faire la distinction entre l'inspiration et l'expiration, ce qui a tendance à compliquer davantage les choses.

La relaxation est une technique de maîtrise de son corps, permet une détente corporelle, aide à contrôler et améliorer la respiration.

Problématique et hypothèse

Problématique :

Comme de nombreux troubles en orthophonie, le bégaiement ne peut pas être défini d'une seule et unique façon. De nombreuses descriptions existent selon les points de vue. En effet, nous découvrirons que certains considèrent le bégaiement uniquement comme un trouble de la fluidité de la parole, d'autres ont une vision plus large du bégaiement. Il est intéressant de constater que les conceptions s'étayent, diffèrent voire se contredisent sur certains éléments.

Commençons par quelques définitions

Selon le DSM-IV « Le bégaiement est un trouble du rythme et de la parole dans lequel l'individu sait exactement ce qu'il veut dire mais est incapable de le dire, en raison d'une répétition involontaire, d'une prolongation ou d'un arrêt du son » (définition du DSM-IV, 1996).

Dans la Classification Internationale des Maladies, version 10 (CIM 10), le bégaiement est classé dans le chapitre des troubles mentaux et du comportement. La description est la suivante : « le bégaiement est caractérisé par des répétitions et ou des prolongations fréquentes de sons ou de syllabes ou de mots, ou par des hésitations ou des pauses fréquentes perturbant la fluence verbale. On ne parlera de trouble que si l'intensité de la perturbation gêne de façon marquée la fluence verbale. »

Le bégaiement est un trouble de la fluence qui affecte sérieusement l'intelligibilité de la parole et du langage. Il est caractérisé par trois types de symptômes : des spasmes et blocages des mouvements président à la parole, des répétitions compulsives et involontaires, des allongements d'unités brèves de la parole. Il s'accompagne des troubles respiratoires, de troubles articuloire, de trouble de la prosodie et du rythme, ainsi que des difficultés linguistiques (DONAHER ET CORRIN, 2013, P.274).

« Bégaiement -incapacité temporaire, de façon visible ou masquée, de maintenir une phonation fluente du langage verbal ». (PERKINS, 1984, P.431).

Actuellement, il est couramment admis que le bégaiement touche 1% environ de la Population mondiale adulte et que son taux d'incidence s'élève à 5% (Le Huche, 2002).

Toutefois, des études récentes indiquent que la prévalence à l'âge adulte serait inférieure à 1% (0,72%) et que l'incidence de ce trouble serait supérieure à 5%, allant de 5,09% jusqu'à 17,7% pour certaines études, même si la méthode de calcul reste à considérer (Yairi & Ambrose, 2013). De même, il semblerait que les femmes soient moins touchées que leurs Pairs masculins. Jusque-là, un ratio hommes-femmes de 4 à 1 était mentionné dans la littérature (Le Huche, 2002). Toutefois, de nos jours, le ratio mentionné va de 1,34 à 5,33 hommes pour une femme touchée. Quant au taux de rémission, il dépend évidemment des pourcentages de la prévalence et de l'incidence retenus pour le calcul. Généralement, l'on peut dire qu'il dépasse les 80% (Yairi & Ambrose, 2013). (IVANA, D., 2016, P.38).

Pour certains auteurs le bégaiement n'est pas la conséquence d'un problème neurologique psychologique, ou langagier, mais d'un trouble respiratoire.

Pour la huche La parole nécessite une certaine participation de la respiration. Pour parler, on prend normalement d'abord un peu d'air : on inspire. La plupart du temps, en effet, avant chaque phrase, ou chaque morceau de phrase, avant chaque interjection même, la parole prend son élan dans une inspiration brève ou longue, vive ou mesurée. (LE HUCHE, 1989, P.51).

Il ajouta que la phonation s'appuie sur la respiration : la voix peut être considérée comme une expiration sonorisée (Le HUCHE & ALLALI, 2010, P.100).

Plusieurs recherches ont voulu vérifier si le système respiratoire pouvait être responsable de l'apparition de disfluences chez les personnes qui bégaiement. Parmi ses recherches on trouve L'étude de Peter et Boves (1988) vient également mettre en avant certaines spécificités du système respiratoire en tâche de parole chez les locuteurs qui bégaiement. Plusieurs paramètres physiologiques et acoustiques, comme le VOT, la durée, l'intensité ou la pression sous-glottique ont été analysés durant une tâche de lecture de mots effectuée par des PQB et des PNF. Leur recherche a révélé que la parole produite par les PQB se caractérise par des défaillances du contrôle de la pression sous-glottique qui était soit trop élevée soit trop basse. Zocchi et al. (1990), qui obtiennent les mêmes résultats, expliquent ce manque de contrôle de la pression sous-glottique par la présence de contractions inappropriées du diaphragme, entraînant des modifications du volume de la cage thoracique et de l'abdomen. Ce groupe de chercheurs suppose alors que l'incoordination des muscles respiratoires constatée est à l'origine des difficultés à gérer les différences de pression au niveau des plis vocaux.

«Le Huche remarque que la plupart des personnes bègues, les perturbations respiratoire existe que pendant l'acte de parole» De plus, nombre de bègues amorcent systématiquement le temps abdominal de l'expiration alors que les cordes vocales sont encore ouvertes, ce qui entraîne un Échappement d'air avant le voisement, obligeant à une reprise inspiratoire trop précoce. (LE HUCHE, F., 2002, P.55).

Différents travaux mettent en évidence le fort lien entre la voix d'une personne, le fonctionnement de son appareil respiratoire, l'utilisation de son corps (statique, muscles...) et la conscience qu'elle en a. Trois composantes principales encadrent les manifestations des fonctions motrices : le tonus, la posture et le mouvement. Toutes trois s'expriment par une activité contractile de la musculature striée et ne peuvent être dissociées du caractère fonctionnel qui

s'attache à leur réalisation : caractère dynamogénique (stimulant) du tonus, prédis positionnel de la posture, directionnel du mouvement Chacune de ces composantes imprègne l'acte vocal. (Paillard, J., 1999, p.52).

Pour résumer, plusieurs études ont été menées sur l'activité respiratoire durant la parole chez les PQB en comparaison avec des PNF. Elles ont notamment montré une mauvaise gestion de la pression sous-glottique chez les locuteurs porteurs d'un bégaiement. Ce contrôle moins précis a pu être expliqué par un manque de coordination des muscles respiratoires. (DIDIRIKOVA, 2016, P.90.100).

Les techniques utilisées dans la prise en charge du bégaiement sont divers, tout comme le sont les approches théoriques concernant ce trouble.

Notre stage pratique de licence au sien d'un cabinet orthophonique, nous a permis d'observer plusieurs cas avec des troubles différents.

Parmi ces derniers il y avait des bégues, grâce à l'orthophoniste on a pu assister à l'utilisation des techniques qu'elle utilisait, dans leurs prise en charge, parmi ces techniques motrices essentielles deux d'entre elles sont souvent utilisées ; la relaxation et la respiration.

C'est ce qui a attiré notre attention et nous a poussés à chercher profondément afin de comprendre l'utilité et la relation entre ces techniques et la parole, et leurs utilisations, dans le but de mieux prendre en charge toutes personnes souffrantes de ce trouble.

Après avoir effectué plusieurs lectures sur le bégaiement et ces deux techniques on s'est posé la question suivante : Qu'apport la respiration et la relaxation dans la prise en charge d'un bégue ?

Pour répondre à cette question, nous avons formulé l'hypothèse suivante : la respiration et la relaxation permettent une coordination entre la respiration et l'acte de parole.

Nous posons la question suivante :

- : Qu'apporte la relaxation et la respiration dans la prise en charge d'un bègue ?

Hypothèse :

- : la respiration et la relaxation permettent une coordination entre la respiration et l'acte de parole.

1. Définitions des variables :

Bégaiement :

Selon le dictionnaire français l'internaute le bégaiement se définit comme : Action de bégayer. Défaut ou problème de prononciation, le bégaiement se caractérise par des hésitations, la répétition de syllabes et une difficulté d'articulation pour la personne qui souffre de ce trouble.

La respiration :

La respiration abdominale vous permet de respirer à partir du diaphragme au lieu de la poitrine et apporte plus d'oxygène aux poumons. Cette technique peut être pratiquée à tout moment et en tout lieu de la journée : au travail, en file d'attente, au lit, et même dans les transports en commun.

Les règles de bases pour pratiquer la respiration abdominale :

- S'asseoir dans une position confortable ou allonger sur le dos.
- les yeux ouverts
- posez une main sur le ventre une autre sur la poitrine.
- inspirer profondément et lentement par le nez en gonflant l'abdomen.
- retenir le souffle environ 5 seconde avant d'expirer

- expirer doucement par la bouche tout en rentrant l'abdomen et sortir le maximum d'air des poumons. (<https://www.accespharma.ca/fr/conseils-sante/stress-et-anxiete/pratiquer-la-respiration-abdominale>)

La relaxation :

Selon le dictionnaire l'internaute la relaxation : technique qui consiste à détendre les muscles pour évacuer le stress.

Chapitre 03 : Cadre méthodologique de la recherche

Préambule :

La poursuite d'une méthodologie est indispensable pour un chercheur afin de bien conduire son étude.

Dans ce chapitre nous allons aborder toutes les étapes méthodologiques que nous avons poursuivies, ainsi que l'ensemble des techniques et outils que nous avons employés pour réaliser notre recherche ; présenter la pré-enquête, définir la méthode utilisée, présenter le lieu de notre recherche et présentation de notre population d'étude, ainsi les techniques utilisées.

1 la démarche de la recherche et sujet d'étude :

1.1 La pré-enquête :

Cette première investigation est une étape primordiale dans toute recherche scientifique car : « elle a pour but de déterminer les hypothèses de l'enquête et par voie de conséquence les objectifs » (MUCCHIELLI, 1985, P.12).

Elle est appelée phase exploratoire, d'ordre documentaire ou supposant un déplacement sur le terrain. Elle doit conduire à construire la problématique autour de laquelle s'épanouira la recherche, dans une stratégie de rupture épistémologique permanente (CARIO.R, 2000, P.113).

Elle permet au chercheur de se familiariser avec son sujet et avec le terrain, permet aussi d'une manière générale de récolter des informations utiles concernant la recherche et de cerner le thème de recherche, vérifier sa fiabilité.

Puisque notre thème d'étude est « la respiration et la relaxation dans la prise en charge d'un bègue », dans le but de revoir notre question de départ, et afin d'arriver à une question de recherche, nous avons réalisé notre pré-enquête au niveau de deux établissements, une crèche et un cabinet psycho-orthophonique.

En premier lieu, notre recherche s'est effectuée au sein d'une crèche et préscolaire.

Vu l'âge requis pour l'application de la respiration abdominale et la relaxation chez les bègues exigent une certaine compréhension et prise de conscience de soi, il est impossible qu'un enfant de moins de 6 ans puisse appliquer ces techniques-là, étant donné que le nombre de cas pour effectuer notre recherche était insuffisant, on a complété ce nombre dans le deuxième établissement qui est un cabinet psycho-orthophonique.

Après l'obtention d'accès à ces deux établissements. On a pu rencontrer notre population d'étude.

C'est dans deux établissements nous on permit d'observer et échanger avec les sujets bègues, on a remarqué que la parole de ces derniers a un manque de fluidité une mauvaise coordination qui se manifeste par des blocages, des prolongations, les gestes, les grimaces, des hésitations, répétitions, des clignements des yeux.

Nous avons achevé notre pré-enquête au bout de deux (02) séances faites sur une durée d'une semaine.

À partir des lectures que nous avons effectuées et les résultats obtenus lors de l'entretien avec l'orthophoniste et après l'observation des exercices qu'elle applique, cette pré-enquête nous a permis de valider notre thème de recherche qui est : " la respiration et la relaxation dans la prise en charge d'un bègue".

1.2 La méthode clinique :

C'est une méthode pertinente dans notre recherche car elle prend en compte les exigences de référence à la singularité de l'individu, elle s'intéresse aussi à la dimension concrète des situations et à la dynamique et à la genèse de celui-ci. Son but est de comprendre le fonctionnement et l'état psychique de l'individu à travers sa genèse.

Il s'agit pour le psychologue, à travers cette méthode, de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire. (CHAHRAOUI, BENONY, 2003, P.11).

La méthode clinique fait recours aux entretiens, les échelles d'évaluations, les tests, etc.

1.2.1. Définition de la méthode clinique :

La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer. La « méthode clinique » s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapeutique, une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu. La spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle. (L.FERNANDEZ, 2006, P.43).

La méthode clinique fait appel à l'étude de cas, avec laquelle nous pouvons décrire la situation actuelle du sujet, en tenant compte de son histoire.

1.2.1.1. Étude de cas :

Cette méthode permet par le moyen de recueil des données, la compréhension de la personne totale en situation et en interaction.

« L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives, elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individu, l'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence, c'est une méthode pratiquée déjà par les premiers psychologues » (CHAHRAOUI ET BENON, 2003, P.124).

En d'autres termes, l'étude de cas peut observer la singularité d'une personne et son interaction avec d'autres ou un groupe d'individus en interaction en se référant à des méthodes cliniques

1.3 Présentation de lieux de stage :

Notre recherche a été effectuée au sein de deux établissements à Akbou ; une crèche maternelle et préscolaire créée par Mme DABOUZ HASSINA qui accueille des enfants de 6 mois à 6 ans depuis 2007, constituée d'une directrice, de 7 éducatrices et une orthophoniste, une équipe soudée et chaleureuse. Le second lieu ; un cabinet psycho-orthophonique constitué d'une orthophoniste, elle a été fonctionnaire dans un établissement étatique pendant 10 ans et d'une psychologue, leur cabinet libéral est fonctionnel depuis le 8 mars 2021.

1.4 Les outils de recherche :

Le chercheur dans le domaine de l'orthophonie, utilise divers instruments de mesure dans le but de comprendre, évaluer et diagnostiquer... Ces instruments sont nombreux et varient selon la nature des comportements à étudier, nous avons opté pour les deux techniques ; observation et l'entretien semi-directif.

1.4.1 L'observation :

L'observation est le pilier d'une étude de cas, qui nous permette d'observer le comportement de l'individu dans sa situation réelle, c'est une méthode complexe et suffisante pour recueillir le matériel clinique, qui permet de vérifier les hypothèses sur le terrain.

« L'observation clinique porte sur un certain nombre d'éléments qui sont autant d'effets de la réalité psychique. La réalité psychique n'est pas observable en soi. Elle est reconstruite à partir de l'observation de ses effets : les signes, les symptômes, le langage, les messages verbaux et non verbaux, les comportements, les conduites, les interactions, les productions diverses, etc» (ALBERT CICCONE, 2014, P.69).

L'observation est un outil d'analyse de problématique posée sur le terrain qui nous permet de recueillir des données observables. (ANGERS, 1997, P. 130).

Durant notre pré-enquête cette technique nous a permis :

- En premier nous avons essayé d'effectuer une observation générale de nos cas dans le but est de mieux connaître leurs difficultés.
- En deuxième lieu, de détecter dans quelle situation se manifeste les difficultés des sujets bègues.
- En fin, le comportement du sujet lors de sa prise en charge.

1.4.2 L'entretien clinique :

L'entretien clinique est l'outil préconisé qui nous permet d'accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expérience) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet.

1.4.2.1 Définition de l'entretien :

Nous avons utilisé l'entretien car c'est un outil qui nous a permis d'établir un lien avec les patients et de récolter des informations concernant leur état de santé. Cet outil semblait être le plus adéquat pour la prise de contact avec celui-ci.

Les deux interlocuteurs n'occupent pas des positions symétriques, l'un vient demander à l'autre quelque chose qui n'a rien demandé dans l'entretien clinique. Le clinicien apparaît comme un interlocuteur vivant et bienveillant, avec pour objectif fondamental de faire parler le client (CHAHRAOUI ET BENONEY, 1999, P.17).

L'entretien clinique peut être aussi défini comme suit : « ...il représente un outil indispensable pour accéder aux informations subjectives des patients (biographie, émotions, croyances, souvenir)... » (CHAHRAOUI ET BENONEY, 2003, p.141).

L'objectif principal de l'entretien clinique est l'activité et le fonctionnement psychique de la personne dans sa globalité et son individualité, c'est une manière aussi d'appréhender et de comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet, en mettant l'accent sur son vécu et ses relations, il constitue selon Chahraoui (2003) l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives.

Il existe plusieurs types de l'entretien : l'entretien directif, l'entretien non directif, l'entretien semi-directif. Nous avons opté pour l'entretien semi-directif.

1.4.2.1.1 L'entretien semi-directif :

Nous avons fait appel à la technique de l'entretien semi-directif pour approcher nos enquêtés, dans ce type d'entretien : « le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquelles il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais au moment opportun de l'entretien clinique. De même dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. C'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non-directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé ». (CHAHRAOUI ET BENONY, 1999, 2013, P.16).

A cet effet, nous avons élaboré un guide d'entretien spécifique aux catégories de notre population d'étude.

L'entretien que nous avons établi est composé de 2 axes.

1.4.2.1 .2 Déroulement de l'entretien :

Le guide d'entretien est défini comme étant un « ensemble organisé de fonction, d'opération et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interview. Dans ce guide le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance,

celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets, elle est généralement soigneusement préparée et le chercheur veille à ce que la formulation ne soit pas inductive. » (CHAHRAOUI ET BENONY, 2003, P.144).

- Le guide d'entretien avec l'orthophoniste

Axe n°1 : informations professionnelles.

Axe n°2 : informations sur la prise en charge du bégaiement.

- Le guide d'entretien avec les patients

Axe n°1 : les informations personnelles.

Axe n°2 : histoire du trouble.

Axe n°3 : les plaintes du patient.

Axe n°4 : la parole et la respiration avant la prise en charge.

Axe n°5 : la parole et la respiration après la prise en charge.

1.5 Les techniques utilisées : la respiration et la relaxation selon François le huche (les yeux ouvert) :

1.5.1 La relaxation :

« La relaxation est la libération mentale et physique de la tension ou du stress (McCAFFERY, 1979). C'est un état qui peut être présent ou absent dans tout le corps, affectant les muscles squelettiques, la conductance de la peau, les fonctions viscérales comme la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire et la pression artérielle, et les activités cérébrales telles que les pensées, perceptions et états émotionnels. Il est possible que la tension existe dans une zone du corps tandis que la relaxation se produit dans une autre partie, bien que la relaxation à un endroit ait tendance à favoriser ou à encourager la relaxation dans d'autres zones (McCAFFERY, 1979). (TITLBAUM, 1988).

1.5.2 La respiration :

Selon le dictionnaire Larousse 2017 la respiration est défini comme telle : action de respirer : retenir sa respiration. Ensemble des fonctions qui permettent l'absorption de l'oxygène et le rejet du gaz carbonique chez l'homme. L'acte de respirer : absorber l'air et le rejeter alternativement, grâce aux mouvements de la cage thoracique ou abdominale. (DICTIONNAIRE LAROUSSE, 2017, P.1003).

1.5.3 Respiration abdominale :

La respiration abdominale est une technique de respiration lente qui consiste à respirer tout en gonflant l'estomac. Elle a de multiples intérêts. D'une part, elle contribue à une bonne oxygénation cellulaire, d'autre part, elle permet d'évacuer le stress et de détendre l'esprit et le corps. En effet, la respiration abdominale n'a besoin que de se concentrer sur sa respiration, ce qui implique détente et relaxation naturelle. Inspirez par le nez pour gonfler le ventre, puis expirez par l'abouche.

Chaque apnée dure quelques secondes. (sante-medecine.journaldesfemmes)

1.6 Présentation de groupe de recherche :

La population de recherche concerné par notre étude se compose des enfants scolarisés au sein de différents établissements à Akbou. La tranche d'âge se situe entre 8ans et 16ans.

Notre groupe se compose de 6 garçons et une fille, ayant des niveaux de scolarisation différents

La population de notre recherche répond à des critères d'inclusions et d'autres critères d'exclusions :

Critères d'inclusions :

- tous nos sujets sont bégues.
- leurs âges varient entre 8 et 16ans.

Critères d'exclusion :

- le sexe n'est pas pris en considération.
- le type de bégaiement aussi.

Caractéristique de la population de recherche :

Le tableau ci-dessous représente les cas de notre groupe d'étude ainsi que (âge, sexe, niveau scolaire, âge d'apparition).

cas	Prénoms	Age	Sexe	Niveau scolaire	Age d'apparition
N°1	Amir	8 ans	Masculin	3 ^{ème} année primaire	3ans
N°2	Massi	16 ans	Masculin	1 ^{er} année secondaire	4ans
N°3	ILyes	15 ans	Masculin	4 ^{ème} année moyenne	6ans
N°4	Wael	12 ans	Masculin	1 ^{er} année moyenne	3ans et demi
N°5	Warda	14ans	Féminin	3 ^{ème} année moyenne	4 ans et demi
N°6	Raouf	8 ans	Masculin	5 ^{ème} année primaire	7ans
N°7	Amine	9ans	Masculin	4 ^{ème} année primaire	3ans

Tableau N° 1 : Tableau récapitulatif de notre population d'étude

1.7 Le déroulement de la recherche :

Dans le premier chapitre nous avons pris pas mal de temps pour recueillir à travers les ouvrages, les articles des revus et les bases de données un ensemble assez important sur le bégaiement. Pour le deuxième chapitre nous avons le manque d'ouvrages surtout par rapport au chapitre de la respiration au sein de notre

université, nous avons dû nous tourner vers des bibliothèques en dehors de l'université. À partir de cela, nous avons défini la problématique de départ et l'hypothèse de recherche, puis opté pour le choix de la méthode de recherche et les outils de recueil de données valides et fiables.

1.8 Le déroulement de la pré-enquête :

Durant les premiers temps nous avons rencontré des difficultés concernant le stage car nous nous sommes déplacées dans différents lieux à Akbou, Tazmalt, Sidi Aich (cabinets orthophoniques et hôpitaux) mais sans succès, soit ils n'acceptent pas les stagiaires, soit ils ont en déjà, soit ils n'acceptent pas à cause du covid 19 et pour les hôpitaux les stages sont bloqués. On a pris contact avec une crèche dotée d'une orthophoniste, la directrice nous a bien accueillis, on lui a expliqué notre thème de recherche et celle-ci nous a directement donné son accord elle nous a confirmé d'avoir au sein de sa crèche 3 enfants qui souffrent de ce trouble, leurs âges varient entre 3ans et demi à 5 ans.

Après la première séance effectuée avec l'orthophoniste celle-ci elle nous a expliqué que la technique de prise en charge qu'elle utilise avec ces enfants de moins de 6 ans se fait par une guidance parentale vu le manque de concentration et de conscience.

Vu l'impossibilité d'effectuer notre recherche, on a continué à chercher dans d'autres endroits jusqu'à ce qu'on tombe sur Mme N.Bedradine, une psycho-orthophoniste qui a travaillé autrefois dans un établissement étatique pendant 10ans, procédant actuellement son propre cabinet (cabinet psycho-orthophonique) fonctionnelle depuis le 8 mars 2021, acceptant de nous aider dans notre recherche.

1.9 Les difficultés rencontrées :

Tout au long de notre recherche, nous avons rencontré plusieurs difficultés et obstacles parmi lesquels on peut citer :

- Le manque d'ouvrages au sein de notre université de Bejaia.
- la difficulté de trouvé un lieu de stage.
- le manque de temps.

Conclusion du chapitre :

En conclusion, Il est important de souligner, qu'on ne peut pas aboutir à un résultat dans une recherche scientifique sans avoir recours à une méthodologie et des méthodes d'investigations bien précises .nous avons traité la méthode et les outils, les techniques utilisées au cours de notre recherche, ainsi que le guide d'entretien , ce qui permet une bonne compréhension de déroulement de la démarche adoptée.

Dans le dernier chapitre nous allons présenter et analyser les cas étudiés ainsi que de discuter notre hypothèse.

**Chapitre 04 : présentation,
analyse et discussion des
résultats**

Préambule :

Ce chapitre contiendra la partie proprement pratique de notre étude, nous allons commencer par une présentation détaillée des sujets de notre étude en se basant sur les données tirées des entretiens effectués avec les patients et celles fournies par l'orthophoniste, censées nous aider à faire le tour complet sur l'histoire de chaque individu faisant partie de groupe de notre étude. Ensuite, nous allons procéder à une discussion générale des résultats de la recherche que nous avons administrée sur la population de notre étude, cela fournira une illustration détaillée du travail effectué sur lequel on s'est basé pour la vérification de l'hypothèse de départ.

Le déroulement des exercices pour chaque cas :

On demande au sujet de s'allonger, une main sur le ventre un autre sur la poitrine. Relâcher tout le corps.

- respirer avec le nez en gonflant le ventre, et expirer l'entement par la bouche.

Le sujet doit maîtriser très bien la respiration abdominale en position allongé avant de passer à la position assise, et en position debout. (Chez quelque sujet la maîtrise de la respiration en position allongé, demande jusqu'à 5 a 6 séances).

- On applique la respiration rythmé généralement à la 2^{ème} séance.

- la respiration avec des pauses, on l'applique une fois que le sujet maîtrise un peu la respiration abdominale.

Remarque : Avant l'exécution des exercices on laisse un peu de temps au sujet de discuter, raconter sa journée, s'exprimer afin de comparer l'évolution de son bégaiement avant et après les exercices après chaque séance.

Cas 1 : Massi

Présentation :

Massi âgé de 16ans, un garçon gentil un peu réservé ni trop timide ni trop ouvert. Il est en 1^{er} année secondaire, l'ainé de la famille, il a un petit frère de 9ans qui lui aussi souffre du même trouble que lui. La maman ; enseignante au primaire et le papa commerçant. Massi est un sportif aimant le football, fumeur depuis plus d'un an.

Durant la première séance on lui a expliqué notre étude, celui-ci était timide et hésitant mais fini par accepter de collaborer avec nous.

Lors de l'entretien on lui a posé quelques questions et on la laissé se présenter et raconter son vécu. Après quelques minutes il a commencé à nous raconter son histoire comme suite : « en étant plus jeune, je n'ai jamais réalisé qu'il y avait quelque chose de différent dans ma façon de parler, je pensais être comme tout le monde. Ce n'est qu'à l'âge de 6ans que j'ai réalisé qu'il y avait quelque chose d'étrange dans ma voix, lorsque mes camarade de classe rigolé quand je prenais parole ou en lisant un mot ». Il a ajouté que son petit frère aussi bégaié.

D'après la maman le déroulement de l'accouchement était normal ne souffrait d'aucune anomalie. Massi a commencé à bégayer dès l'âge de 4ans, répétitions de quelques phonèmes et mots au début de la phrase surtout, ces parents croyaient que c'était passager. Il a suivi une prise en charge orthophonique et psychologique à l'âge de 7ans pendant une année sans aucun résultat.

Ce n'est qu'à l'âge de 15ans que son bégaiement la vraiment dérangé. Il a peu d'amis, il manque de confiance en lui évite de parler à toute personne étrangère surtout aux filles de son âge. Il a ajouté « mon bégaiement me fait sentir inutile, l'idée d'avoir à parler en classe ou a prononcer mon nom est très difficile, j'ai l'impression que je ne m'intégrerais jamais nulle part »

Massi un jeune adolescent souffrant d'un bégaiement clonique, c'est la raison pour laquelle il a décidé de reprendre la prise en charge chez l'orthophoniste 1 fois par semaine.

Déroulement des séances de rééducation

Cas 1	
Exercices	<p>1- respiration abdominale et relaxation en position allongé, assis, debout (10 min en chaque position). (les yeux ouverts)</p> <p>2- la respiration rythmique (2-8-4) (5 fois) (yeux ouverts)</p> <p>3- respiration avec des pauses (répété 5 fois) (les yeux ouverts)</p>
Le déroulement	<p>1- Dans cet exercice, le sujet s'allonger sur le dos, assis ou debout, une main sur le ventre une autre sur la poitrine, le corps relâcher, inspiration lente et profond par le nez en gonflant l'abdomen, expiration par la bouche lentement, toujours en gardant les yeux ouvert. (dans le but de corriger la respiration et de se relaxer)</p> <p>2- en deuxième lieu, respiration rythmique (2-8-4) : le sujet est amené à respirer en 2 secondes, garder l'air 8seconde, et le faire sortir lentement en 4 secondes. avec la respiration abdominale, les yeux ouverts (dans le but de se relaxer, à la découverte de l'apnée confortable)</p> <p>3- le sujet pose une main sur le ventre, l'autre sur le thorax :</p> <ul style="list-style-type: none"> • inspirer 1 fois et expirer 1 fois • inspirer 1 fois, expirer en 2 fois • inspirer 2 fois et expirer 1 fois • inspirer 1 fois, expirer 3 fois • inspirer 1 fois, expirer 4 fois <p>Toujours en utilisant la respiration abdominale (dans le but est de contrôler la quantité d'air projeté). toujours les yeux ouvert</p>
Remarque 1^{er} séance	<p>il n'arrive pas à suivre l'exercice en position allongé: -respire par la bouche.</p>

	-une respiration thoracique. -les mains crispées. - réclamant d'avoir mal à tête, et une sensation d'étouffement.
Remarque 2^{ème} séance	Il a réussi à effectuer les exercices en position allongé. Mais on remarque toujours des crispations au niveau des poignets, des fois il utilise la respiration thoracique, des fois il n'arrive pas à rejeter tout l'air inspiré ce qui fait que celui-ci remonte au poumon et lui donne une sensation gênante et se fatigue rapidement.
Remarque 3^{ème} séance	Le sujet a des difficultés à terminer les exercices, un souffle court, le fait qu'il fume influence sur sa respiration et se fatigue rapidement.
Remarque 4^{ème} séance	On remarque que les exercices de respiration sont fatigants pour lui, un souffle court, des toux surviennent quand il essaye de se forcer à respirer pour parler.

Tableau : présentation de déroulement des séances de rééducation

Résultat de la prise en charge :

D'après les résultats donnés après 1mois a effectué les exercices chez l'orthophoniste et chez lui, Massi continue toujours à bégayer. Il n'arrive pas à contrôler sa respiration et cela est dû à son addiction à la cigarette.

Cas 2 : Ilyes**Présentation**

Un adolescent nommé Ilyes âgé de 15ans, en classe de 4^{ème} année moyenne, un garçon très intelligent et réservoir. Le dernier d'une fratrie de 3 garçons, la maman ; femme au foyer, le papa procède une alimentation générale.

Le premier contacte chez l'orthophoniste a été effectué par son grand Père souhaitant l'aider, le voyant s'enfermer dans sa chambre toute la journée a s'isoler

du reste de la famille, refusant de sortir, même pour aller à l'école est difficile pour lui.

Ilyes nous a confié qu'il a développé son bégaiement à l'âge de 6 ans alors qu'il était à sa première année au primaire, son enseignant le vexé on lui coupant la parole on lui criant dessus (son enseignant était un ancien policier) il le redoutait beaucoup. Depuis il bégaie.

Lors de l'entretien il a dit que depuis ce qui s'est passé il a développé un bégaiement sévère, il bloque à chaque fois qu'il parle, le premier mot lui est difficile à prononcer, il répète des lettres, il se sent étouffé c'est difficile, gênant et très isolant pour lui.

Quand il appelle au gens pour la première fois, il ne sait pas ce qui va se passer, ça le met dans tous ses états, il sait qu'il ne va pas y arriver, il va s'agiter dans tous les sens, c'est juste terrifiant pour lui, aussi le regard que les gens lui lancent quand il ouvrait sa bouche et que rien n'en sort.

Il a ajouté : « J'ai peur que ma famille me juge aussi ou qu'ils se moquent de moi, c'est pourquoi je m'enferme dans ma chambre, on ne voit pas toute la souffrance qui est en dessous, toute la frustration de ne pas pouvoir oser s'exprimer. Car tout repose sur la voix et les mots »

Il a commencé la prise en charge orthophonique le mois de Mars 2021 et cela une fois par semaine.

Résumé des premières séances :

D'après les informations données de la part de l'orthophoniste, Ilyes avait du mal à lui parler lors de sa première séance, son bégaiement se manifeste par des blocages, des répétitions, dès qu'il essaye de parler son visage devient rouge, sa bouche ouverte mais rien n'en sortait, il utilisait beaucoup les gestes avec les mains. Lors des premières séances il a eu énormément des difficultés à faire les

exercices (Crispation, tremblement, il n'arrivait pas à suivre le mouvement en réclamant que c'était difficile.) actuellement il est à sa 10^{ème} séances.

Déroulement des séances de rééducation :

Cas 2	
Exercices	<p>1- respiration abdominale et relaxation en position allongé, assis, debout (10 min en chaque position). (les yeux ouverts).</p> <p>2- la respiration rythmique (2-8-4) (5 fois) (yeux ouverts)</p> <p>3- respiration avec des pauses (répété 5 fois) (les yeux ouverts).</p>
Le déroulement	<p>1- Dans cet exercice, le sujet s'allonger sur le dos, assis ou debout, une main sur le ventre une autre sur la poitrine, le corps relâcher, inspiration lente et profond par le nez en gonflant l'abdomen, expiration par la bouche lentement, toujours en gardant les yeux ouvert. (dans le but de corriger la respiration et de se relaxer).</p> <p>2- en deuxième lieu, respiration rythmique (2-8-4) : le sujet est amené à respirer en 2 secondes, garder l'air 8seconde, et le faire sortir lentement en 4 secondes. avec la respiration abdominale, les yeux ouverts (dans le but de se relaxer, à la découverte de l'apnée confortable).</p> <p>3- le sujet pose une main sur le ventre, l'autre sur le thorax :</p> <ul style="list-style-type: none"> • inspirer 1 fois et expirer 1 fois. • inspirer 1 fois, expirer en 2 fois. • inspirer 2 fois et expirer 1 fois. • inspirer 1 fois, expirer 3 fois. • inspirer 1 fois, expirer 4 fois. <p>Toujours en utilisant la respiration abdominale (dans le but est de contrôler la quantité d'air projeté). toujours les yeux ouvert.</p>
Remarque 1^{er} séance	-On remarque une légère crispation des mains au début de l'exercice.

	- il a très bien effectué l'exercice, une main sur le ventre une autre sur les poumons, respire par le nez, gonfle le ventre, et expire lentement par la bouche. arrive à appliquer la respiration rythmique ainsi que la respiration en pause. mais fatiguer en fin de séance.
Remarque 2^{ème} séance	Arriver au cabinet après une journée sans sommeil, arrive à faire difficilement l'exercice de la respiration abdominale en position allongée, respire par la bouche. c'est pourquoi on n'a pas effectué d'autres exercices.
Remarque 3^{ème} séance	On remarque qu'il effectué les exercices sans aucune difficulté, les maitrises très bien.
Remarque 4^{ème} séance	Après avoir effectué 15min d'exercice qu'il maîtrise très bien. on lui a proposé de nous parler, de s'exprimer. d'évaluer son bégaiement avant et après la rééducation.

Tableau : présentation de déroulement des séances de rééducation

Résultat de la prise en charge :

Après 14 séances de rééducation chez l'orthophoniste, et à s'entraîner chez lui l'état d'Ilyes s'est vraiment amélioré. Bégaye légèrement, on remarque une fluidité dans sa parole mais il utilise toujours les gestes avec ses mains, arrive à contrôler très bien sa respiration. Il nous a confirmé que la rééducation la beaucoup aider à contrôler sa respiration et a bien parler.

Cas 3 : Amir

Présentation :

Il s'agit d'Amir, âgé de 9ans très timide, il est en classe de 4^{ème} primaire. Le dernier d'une fratrie de deux enfants, sa mère femme au foyer et son père plombier.

La maman a refusé de s'entretenir avec nous, mais d'après les informations recueillis à travers l'entretien effectué avec l'orthophoniste, Amir souffre du bégaiement depuis qu'il a perdu son frère jumeau à l'âge de 3ans. Suite à cette perte sa maman le surprotège.

Il a déjà été pris en charge par un orthophoniste et un psychologue dans un hôpital pour une durée de 5mois.

Amir souffre d'un bégaiement clonique. Il est à sa 13^{ème} séance chez l'orthophoniste.

Déroulement des séances de rééducation :

Cas 3	
Exercices	<ol style="list-style-type: none"> 1- respiration abdominale et relaxation en position allongé, assis, debout (10 min en chaque position, les yeux ouverts). 2- la respiration rythmique (2-8-4) (les yeux ouverts). 3- respiration avec des pauses, les yeux ouverts.
Le déroulement	<ol style="list-style-type: none"> 1- Dans cet exercice, le sujet s'allonger sur le dos, assis ou allonger, une main sur le ventre une autre sur la poitrine, le corps relâcher, inspiration lente et profond par le nez en gonflant l'abdomen, expiration par la bouche lentement, toujours en gardant les yeux ouvert. (dans le but de corriger la respiration, se relaxer a la découverte de l'apnée confortable). 2- en deuxième lieu, respiration rythmique (2-8-4) : le sujet est amené à respirer en 2 secondes, garder l'air 8seconde, et le faire sortir lentement en 4 secondes. avec la respiration abdominale (dans le but de se relaxer). 3- le sujet pose une main sur le ventre l'autre sur le thorax <ul style="list-style-type: none"> • inspirer 1 fois et expirer 1 fois. • inspirer 1 fois, expirer en 2 fois. • inspirer 2 fois et expirer 1 fois. • inspirer 1 fois, expirer 3 fois.

	<ul style="list-style-type: none"> • inspirer 1 fois, expirer 4 fois. <p>Toujours en utilisant la respiration abdominale (dans le but est de contrôler la quantité d'air projeté).</p>
Remarque 1^{er} séance	Il a pleuré ne voulant pas parler en notre présence (quand on lui pose une question il répond par un oui ou un non), il arrivé pas à se concentrer en notre présence, arrivé pas à suivre les mouvements des exercices, n'arriver pas à se relaxer.
Remarque 2^{ème} séance	On remarque qu'il est plus détendu, arrive à nous raconter sa journée en bégayant un peu. Il a très bien effectué tous les exercices.
Remarque 3^{ème} séance	Amir arrive à maîtriser les trois exercices sans aucun effort que ce soit allonger, debout, assis. Arrive à réaliser la respiration en 6 pauses sans difficulté, ainsi que la respiration rythmique.
Remarque 4^{ème} séance	Pour évaluer le bégaiement d'Amir, en cette séance on lui laisse la liberté de nous raconter n'importe quoi afin de comparer la parole avant et après la rééducation.

Tableau : présentation de déroulement des séances de rééducations

Résultat de la prise en charge :

On lui a posé une question : -comment vois-tu ton bégaiement, avant et après la rééducation ?

Il nous a répondu : qu'aujourd'hui il arrive à parler sans complexe et sans avoir peur des jugements des gens, alors qu'avant il évité tout contact avec les autres.

Il arrive à contrôler sa respiration abdominale et à l'utiliser en parlant, a parlé avec fluidité, bégaie juste quand il stresser ou en présence des personnes étrangères.

Cas 4 : Amine

Présentation

Amine est âgé de 9 ans, très timide il est le second avec son frère jumeau d'une fratrie de 4 enfants (3 garçons et 1 fille). Il est scolarisé en quatrième année primaire. Son père est un mécanicien, et sa mère est femme au foyer. Voici en quelque ligne, l'histoire d'Amine.

D'après les informations que nous avons recueillies à l'entretien effectué avec l'orthophoniste, Amine était un enfant désiré, le déroulement de son accouchement a été difficile, il est né normal avec son frère jumeau, sans aucune anomalie, c'est un enfant sain, un enfant qui se développe normalement sur le plan psychomoteur, mais pas sur le plan langagier ce n'est qu'à l'âge de 3,5 qu'il a commencé à parler.

À l'âge de 4 ans il a commencé à se bégayer, suite à l'accident qu'il lui est arrivé le jour de sa circoncision, lui et son frère jumeau jouaient, puis celui-ci est tombé et a cassé le pied, depuis ce jour-là Amine a commencé à se bégayer. Par la suite il est devenu très complexé par son trouble, il s'isolait, et ne parlait à personne même à l'école, par peur des moqueries. Ce n'est qu'à l'âge de 9 ans que Amine a commencé la prise en charge avec une orthophoniste, d'après l'évaluation réalisée par celle-ci Amine souffre d'un bégaiement clonique sévère, qui se manifeste par des blocages, des répétitions au niveau des phonèmes arabes, [ب], [ق], [و], et [ا] avant chaque prise de parole.

Déroulement des séances de prise en charge

cas 4

Les exercices	-Respiration abdominal et relaxation en position allonger, puis assis et enfin debout. -La respiration rythmique (2-8-4) -la respiration avec des pauses toujours avec la respiration abdominale.
Le déroulement	1- dans cette exercice, le sujet s'allonge sur le dos, une main sur le ventre une autre sur la poitrine, il se décontracte le corps, inspirer profondément et lentement par le nez en gonflant l'abdomen, toujours en gardant les yeux ouvert. (dans le but de corriger la respiration). 2- en deuxième lieu, respiration rythmique (2-8-4) : le sujet amené à respirer en 2 secondes, garder l'air 8seconde, et le faire sortir lentement en 4 secondes. avec la respiration abdominale (dans le but de se relaxer). 3-le sujet pose une main sur le ventre l'autre sur le thorax <ul style="list-style-type: none"> • inspirer 1 fois et expirer 1 fois. • inspirer 1 fois, expiré en 2 fois. • inspiré 2 fois et expiré 1 fois. • inspiré 1 fois, expiré 3 fois. • inspiré 1 fois, expiré 4 fois. Toujours en utilisant la respiration abdominale (dans le but est de contrôler la quantité d'air projeté).
remarque première séance	Il n'arrivait pas à réaliser le premier exercice (respiration abdominale et relaxation). sa respiration est thoracique son visage devient rouge, des crispations et contractions, évite le regard et cache sa bouche.
Remarque 2eme séance	Toujours avec le premier exercice. Après plusieurs tentatives il arrive à le faire, mais des fois avec des erreurs. On remarque des crispations des poignets, des fois sa respiration devient thoracique, il n'arrive pas à se décontracter, il n'expire pas tout l'air inspiré c'est pour ça qu'on n'a pas pu passer aux autres exercices.
Remarque 3eme séance	Toujours en commence avec le premier exercice, il arrive à le faire en position allonger, mais pas en position debout, puis on a passé à la respiration rythmique, et respiration avec des pauses, amine arrive à les maîtriser mais en position allonger. on remarque qu'il est décontracté.

Remarque 4eme séance	On remarque qu'il ne maîtrise pas beaucoup la respiration abdominale en position assise, après plusieurs tentatives, il n'arrive toujours pas à la faire. La respiration rythmique lui était difficile, il n'arrivait pas à expirer l'aire en quatre fois. À la fin de ces exercices on lui a demandé de nous parler un peu toujours en utilisant la respiration abdominale.
---------------------------------	--

Tableau : présentation de déroulement des séances de rééducation

Résultat de la prise en charge :

Après avoir effectué 26 séances avec l'orthophoniste, et à s'entraîner chez lui amine arrive à maîtriser la respiration abdominale en toutes positions, et ne bégayer presque plus.

Cas 5 : Warda

Présentation

Warda est une jeune fille de 14ans, l'aînée d'une famille de 3 enfants (2filles et un garçon), un petit frère autiste non verbal, et une sœur avec des troubles psychologiques, un père amputé des deux jambes sans emploi, une mère dépressive.

Elle est en 3eme année moyenne, c'est une fille brillante, assez ouverte, gentille.

Voici en quelque ligne, son l'histoire d'après l'entretien effectué avec Warda et sa mère, il s'avère que c'était une enfant désirée, Sa grossesse et son accouchement se sont très bien passés, elle ne souffre d'aucune anomalie ou d'un dysfonctionnement, ses développements psychomoteur et langagier sont normaux.

A l'âge de 4ans elle a commencé à se bégayer suite au choc quelle a subi (en jouant au vélo elle a accidentellement fait tomber la télévision, la réaction de sa mère était de là frappée, étranglée pour enfin l'attaché à un tronc d'arbre.

elle y est restée comme ça jusqu'à ce que son père rentre du travail le soir et la détache en fin, traumatiser elle a pas dit un mot pendant deux(02) jours et quand elle a réussi a reparlé c'était en bégayant) .

A l'âge de 5ans et demi son père l'a emmené voir une orthophoniste qui travaillait à cette époque-là à l'hôpital public, mais vu leur situation familiale elle ne pouvait pas continuer sa prise en charge. Jusqu'à l'âge de 14 ans où elle ne pouvait plus continue à vivre avec son trouble, elle est t'allait voir la même orthophoniste qui ne travailler plus en public mais dans un cabinet privé, après le bilan et les examens réalisés par celle-ci, il s'avère que Warda a un bégaiement tonico-clonique.

Déroulement des séances de prise en charge

Cas 5	
Les exercices	<p>-Respiration abdominal et relaxation en position allonger, puis assis et enfin debout. -La respiration rythmique (2-8-4) -la respiration avec des pauses -exercice de vocalisation toujours en utilisant la respiration abdominal.</p>
Le déroulement	<p>1- dans cette exercice, le sujet s'allonge sur le dos, une main sur le ventre une autre sur la poitrine, il se décontracte le corps, inspirer profondément et lentement par le nez en gonflant l'abdomen, toujours en gardant les yeux ouvert. (dans le but de corriger la respiration).</p> <p>2- en deuxième lieu, respiration rythmique (2-8-4) : le sujet amené à respirer en 2 secondes, garder l'air 8seconde, et le faire sortir lentement en 4 secondes. avec la respiration abdominale (dans le but de se relaxer).</p> <p>3-le sujet pose une main sur le ventre l'autre sur le thorax</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • inspirer 1 fois et expirer 1 fois. • inspirer 1 fois, expiré en 2 fois. • inspiré 2 fois et expiré 1 fois. • inspiré 1 fois, expiré 3 fois. • inspiré 1 fois, expiré 4 fois. <p>Toujours en utilisant la respiration abdominale (dans le but est de contrôler la quantité d'air projeté).</p>
remarque première séance	<p>Warda a eu des difficultés à faire la respiration abdominale et relaxation, sa respiration était thoracique. des fois elle inspirait par la bouche, et d'autre fois n'inspire pas suffisamment d'aire par le nez, et des fois elle n'expirait pas tout l'air inspiré. son corps n'est pas décontracté ses lèvres tremblées, après plusieurs tentatives elle a eu une sensation d'étouffement. C'est pourquoi on n'a pas fait d'autres exercices avec elle on n'a travaillé avec elle que la respiration abdominale et relaxation. on remarque une dilatation des narines (une détresse respiratoire).</p>
Remarque 2eme séance	<p>Dans la 2^{ème} séance on commence toujours avec la respiration abdominale et relaxation qui dure 10 minutes. Warda a enfin réussi à la réaliser, Puis on a passé à la respiration rythmique, au début elle a eu du mal à les réaliser, mais après elle la fait correctement, en 3^{ème} lieu on a fait avec elle la respiration avec des pauses, quelle a faite correctement, (position allongée) On remarque toujours la dilatation des narines à chaque fois qu'elle prend parole.</p>
Remarque 3eme séance	<p>on a essayé de refaire les mêmes exercices, on a commencé par la position allongée, puis en position assise, puis le reste des exercices. Warda les a tous réalisées, mais elle tremble un peu au niveau de la gorge.</p>
Remarque 4eme séance	<p>toujours avec la respiration abdominale en position allongée, remarque que Warda la maitrise très bien, puis en passe en position debout, elle arrive toujours à la on réaliser, après 10minutes avec cet exercice, on a passé à l'exercice de respiration avec des pauses, puis la respiration rythmique, ça c'est très bien passé. (le corps décontractait les lèvres ne tremblent pas) A la fin de ses exercices on a demandé à Warda de nous raconter une</p>

	histoire, dans le but de vérifier son bégaiement, toujours on utilisait la respiration abdominale.
--	--

Tableau : présentation de déroulement des séances de rééducation

Résultat de la prise en charge :

Après 4 séances de rééducation, on voit déjà une grande amélioration chez Warda. Elle arrive à contrôler sa respiration quand elle parle, elle s'est beaucoup améliorée par rapport à la première séance.

Cas 6 : Raouf

Présentation

Raouf jeune garçon de 8 ans, l'aîné d'une fratrie de 2 enfants (1 fille et 1 garçon). Il est scolarisé en troisième année primaire. Son père est un commerçant, et sa mère est femme au foyer.

Suite à l'entretien effectué avec sa mère, Raouf est un enfant désiré, le déroulement de sa grossesse et son accouchement se sont très bien passés, aucune anomalie détectée, développement psychomoteur et langagière normale. Sa famille l'aime beaucoup, c'est un enfant gâté. Il parlait normalement, jusqu'à l'âge de 8 ans il commença à se bégayer, à force de côtoyer son voisin bègue.

Après quelques mois sa mère décide de l'amener voir une orthophoniste, qui le diagnostique comme bégaiement clonique acquis par imitation. Et lui rédige un protocole de traitement à suivre.

Déroulement des séances de rééducation

cas 6

Les exercices	-Respiration abdominal et relaxation en position allonger, puis assis et enfin debout. -La respiration rythmique (2-8-4) -la respiration avec des pauses -exercice de vocalisation toujours en utilisant la respiration abdominal.
Le déroulement	1- dans cette exercice, le sujet s'allonge sur le dos, une main sur le ventre une autre sur la poitrine, il se décontracte le corps, inspirer profondément et lentement par le nez en gonflant l'abdomen, toujours en gardant les yeux ouvert. (dans le but de corriger la respiration) 2- en deuxième lieu, respiration rythmique (2-8-4) : le sujet amené à respirer en 2 secondes, garder l'air 8seconde, et le faire sortir lentement en 4 secondes. avec la respiration abdominale (dans le but de se relaxer) 3-le sujet pose une main sur le ventre l'autre sur le thorax <ul style="list-style-type: none"> • inspirer 1 fois et expirer 1 fois • inspirer 1 fois, expiré en 2 fois • inspiré 2 fois et expiré 1 fois • inspiré 1 fois, expiré 3 fois • inspiré 1 fois, expiré 4 fois Toujours en utilisant la respiration abdominale (dans le but est de contrôler la quantité d'air projeté.
remarque première séance	Toujours avec le premier exercice, il a fait après plusieurs tentatives, mais il ne la maîtriser pas encore. On remarque une crispation au visage, et il n'est pas décontracté. On passe à la position assise toujours rien il est toujours contracté.
Remarque 2eme séance	On remarque qu'il utilise les deux respirations (thoracique et abdominale), expire pas totalement l'air inspiré, le corps un peu contracté. qu'on corrige à chaque fois
Remarque 3eme séance	Il arrive à effectuer le premier exercice en position allonger et assis, son corps décontracté. En position assise il ne la maîtrise pas vraiment. Puis on n'est passé à la respiration rythmique, il n'arrive pas à ressortir l'air en quatre fois, puis en a passé à la respiration en pause. à la fin de la séance, Raouf ce santé bien il nous a parlé

	sans complexe, on a remarqué un petit changement dans sa parole.
Remarque 4eme séance	Après avoir effectué tous les exercices, on remarque que raouf les maîtrise tous, à part la respiration rythmique. il a eu toujours des difficultés à expirer l'air en quatre fois.

Tableau : présentation de déroulement des séances de rééducation

Résultat de la prise en charge :

Après 5 séances de rééducation avec lui, on remarque une grande amélioration, sa parole devient de plus en plus fluide.

Cas 7 : Wael

Présentation

Wael est âgé de 10 ans, il est le dernier d'une fratrie de 3 enfants (2 filles et 1 garçon). Il est scolarisé en première année moyenne. Son père est un commerçant, et sa mère est femme au foyer.

Voici en quelques lignes, son histoire :

D'après l'entretien effectué avec sa mère, il est né normalement, ne souffrait d'aucune anomalie congénitale, ou développementale, ni physique, son développement psychomoteur et langagier sont normale, mais c'est un enfant non désiré, sa mère le rejette depuis sa naissance, elle l'aime pas, il a grandi dans un environnement peu familiale, sans amis, il reste toujours seul et évite de parler dans la plupart du temps.

Il est victime d'intimidation de la part de sa famille et de son entourage, à cause de son bégaiement ce qui lui a causé des problèmes psychologiques.

D'après le premier diagnostic fait à l'âge de 7ans, wael présente un bégaiement clonique acquis depuis l'âge de 3ans et demi, suite à la série kabyle ; Hrirouche (l'acteur était un homme qui bégayai). Il a déjà bénéficié d'une prise en charge orthophonique qui a duré quelque mois, mais sans résultat.

A l'âge de 10 ans il avait marre de son bégaiement et décide de voir une autre orthophoniste. Après avoir effectué des consultations avec celle-ci, et à travers l'évaluation quelle a menée avec lui, elle lui a donné le même diagnostic c'est à dire un bégaiement clonique, et renforcé par les problèmes psychologique dont il souffrait.

Déroulement des séances de prise en charge :

cas 7	
Les exercices	<p>1- Respiration abdominal et relaxation en position allonger, puis assis et enfin debout. en gardant les yeux ouverts.</p> <p>2- La respiration rythmique (2-8-4).</p> <p>3-la respiration avec des pauses.</p>
Le déroulement	<p>1- dans cette exercice, le sujet s'allonge sur le dos, une main sur le ventre une autre sur la poitrine, il se décontracte le corps, inspirer profondément et lentement par le nez en gonflant l'abdomen, toujours en gardant les yeux ouvert. (dans le but de corriger la respiration).</p> <p>2- en deuxième lieu, respiration rythmique (2-8-4) : le sujet amené à respirer en 2 secondes, garder l'air 8seconde, et le faire sortir lentement en 4 secondes. avec la respiration abdominale (dans le but de se relaxer).</p> <p>3- le sujet pose une main sur le ventre l'autre sur le thorax</p> <ul style="list-style-type: none"> • inspirer 1 fois et expirer 1 fois. • inspirer 1 fois, expiré en 2 fois. • inspiré 2 fois et expiré 1 fois. • inspiré 1 fois, expiré 3 fois. • inspiré 1 fois, expiré 4 fois.

	Toujours en utilisant la respiration abdominale (dans le but est de contrôler la quantité d'air projeté).
remarque 1^{er} séance	-On a remarqué qu'il n'aime pas qu'on le corrige, ni qu'on ne le touche, les mains crispées, des fois il applique la respiration thoracique des fois abdominale, respire avec la bouche. - la rythmique a réussi à l'effectuer.
Remarque 2^{ème} séance	-On remarque un changement, il suit les consignes et arrive à suivre le mouvement (respire avec le nez, gonfle le ventre, expiré lentement par la bouche, une main sur le ventre une autre sur la poitrine. - la respiration avec pauses : il arrive à l'effectuer avec 3 pauses. Applique-la rythmé sans faute.
Remarque 3^{ème} séance	Wael, arrive à effectuer les exercices avec quelques fautes qu'on corrige à chaque fois.
Remarque 4^{ème} séance	Il a est arrivé à effectuer les trois exercices en position allonger, assise, debout. On remarque quelques fautes qu'on corrige à chaque fois.
Remarque 5^{ème} séance	Pour évaluer le bégaiement d'Wael, en cette séance on lui laisse la liberté de s'exprimer de nous raconter des histoires en utilisant la respiration abdominale, afin de comparer la parole avant et après la rééducation. On lui demander d'évaluer son bégaiement avant et après la rééducation

Tableau : présentation de déroulement des séances de rééducation

Résultat de la prise en charge :

A la 5^{ème} séance on remarque déjà une amélioration de la parole de Wael, il est arrivé à nous raconter 3 petites histoires en utilisant toujours la respiration abdominale : -la première histoire il n'a presque pas bégayé.

-la deuxième histoire, il a bégayé 2 fois au début de l'histoire,

-troisième histoire, il a bégayé une seule fois.

Remarque : il nous a confié que la prise en charge la beaucoup aidé, qu'il parle mieux qu'avant, qu'il a repris confiance en lui.

Discussion des hypothèses :

Le bégaiement est un trouble complexe dans les causes exactes sont méconnues, ainsi que les différentes techniques de prises en charge. Selon le huche les personnes en situation de bégaiement rencontre des difficultés au niveau de la respiration, on observe chez ces personnes que la synchronisation des mouvements est très mauvaise entre l'abdomen et la poitrine, par conséquent, lorsque le bègue commence à parler, il est au milieu de l'expiration ou de l'inspiration.

L'objectif de notre recherche et de déterminer ce qu'apporte la respiration et la relaxation dans les séances de rééducation d'un bègue. Rappelons notre question de départ : « **qu'apporte la respiration et la relaxation dans la prise en charge d'un bègue** »

D'après l'étude de cas qu'on a effectué sur notre population d'étude et les résultats obtenus lors des séances de prise en charge. Nous confirmant notre hypothèse qui est : **la respiration et la relaxation permettent une coordination entre la respiration et l'acte de la parole.**

Cette hypothèse se trouve confirmé par 6 cas sur 7 :

- ✓ Warda
- ✓ Wael
- ✓ Amir
- ✓ Amine
- ✓ Ilyes
- ✓ Raouf

On retrouve une fluidité dans leurs communication et leurs parole au bout de quelques séances, sauf un seule cas il s'agit : d'Massi et cela et du a son addiction la cigarette et les difficultés à contrôler sa respiration.

La plupart des personnes qui bégayent bloquent leur respiration par habitude : ils ont installé un comportement réflexe. Or ce comportement est l'un des points de blocage qu'il convient de modifier pour retrouver une respiration normale, et permettre ainsi à la parole de devenir plus fluide.

La respiration et La relaxation améliorent la fluidité et réduit également l'anxiété et le mal être associé aux bégayages.

Conclusion générale

Conclusion générale

Le bégaiement est un trouble complexe : manifestations physiques, langagières, sociales, psychologiques, pragmatiques. Ces manifestations peuvent être visibles ou non, audibles ou inaudibles. Chez la plupart, le bégaiement s'avère d'autant plus complexe et varié dans ses expressions, que les croyances négatives à l'égard du trouble se sont développées et installées. Au vu de la variabilité des bégaiements, nous comprenons que les prises en charge proposées soient diverses et complémentaires. Parmi celles-ci, la prise en charge motrice, s'intéressant aux aspects, respiratoires et relaxation (en interaction étroite), a retenu notre intérêt, et nous a interrogées.

Concernant les exercices les plus pratiqués, il ressort de notre étude les exercices de respiration et de relaxation qui sont systématiquement proposés à nos sujets bègues.

Notre recherche s'est voulue être une étude de la respiration et la relaxation, notamment s'avoir leurs rôle dans la prise en charge d'un bègue. Notre question de départ était :

Qu'apportent la respiration et la relaxation dans la prise en charge d'un bègue ? Afin de répondre à cette question, nous avons recouru à l'étude de cas auprès de sept (07) personnes bègues, avec qui nous avons effectué ces deux techniques, dans plusieurs séances ce qui nous a permis de conclure que chez les personnes bègues, l'inspiration est souvent trop courte et l'expiration saccadée et mal contrôlée. L'inspiration et l'expiration ne sont pas synchronisées. Au repos, le rythme respiratoire est normal. Les troubles de la respiration surviennent lors de l'intention de parole. Les reprises respiratoires se font dans l'urgence, au beau milieu d'un mot ou d'une phrase, déstructurant ainsi la mélodie phrastique et perturbant l'intelligibilité des propos. Les cordes vocales du bègue présentent souvent une tension excessive, voire spasmodique. Et des contractions motrices.

En conclusion, le travail de respiration et de relaxation a eu des effets bénéfiques chez nos patients, tant sur les plans physique que psychologique. Il est important de noter que ces améliorations se sont généralisées à leur vie quotidienne, ce qui constitue le but de la rééducation.

La liste bibliographique

Bibliographie

- 1) (S.D.). RECUPERE SUR SANTE-MEDECINE.JOURNALDESFEMMES: [HTTPS://SANTE-MEDECINE.JOURNALDESFEMMES.FR/FAQ/45064-RESPIRATION-ABDOMINALE-DEFINITION](https://sante-medecine.journaldesfemmes.fr/faq/45064-respiration-abdominale-definition)
(S.D.).
- 2) A.-M, S. (2012). *MON ENFANT BEGAIE*. P. PARIS: TOM POUSSE.
- 3) ANGERS, M. (1997). *INITIATION A LA PRATIQUE A LA METHODOLOGIES SCIENCES HUMAINES* (ED. EDITION CASBAH).
- 4) BRIN, F. C. (2004). *DICTIONNAIRE D'ORTHOPHONIE*. FRANCE: , 2E EDITION ORTHO.
- 5) CH.BRU. (1997). *TOUBLE REVERSIBLE CHEZ L'ADOLECENT*. BRUXCELLES: A.
- 6) CHIARASINI, M. M. (2013). *HISTOLOGIE SPECIALE HUMAINE*. PARIS.
- 7) COCCINE, A. (2014). *L'OBSERVATION CLINIQUE*. FRANCE: DUNOD.
- 8) DINIVILLE C, P. D.-M. (1992). *LE BEGAIEMENTSYMPTOMATOLOGIETRAITEMENT*. PARIS,MILAN , BACELONE .3EME EDITION: MASSON.
- 9) ESTIENNE F., V. H. (2009). *LES BEGAIEMENTS HISTOIRE, PSYCHOLOGIE,EVALUATION,VARIETES, TRAITEMENTS*. PARIS: MASSON.
- 10) FRANÇOIS LE HUCHE ET ALLALI ,A. (2002). *LA VOIX: THERAPEUTIQUE DES TROUBLES VOCAUX (VOL. 4)*. PARIS: ELSEVIER MASSON.
- 11) FRANÇOIS LE HUCHE ET ALLALI. (1998). *LE BEGAIEMENT OPTION GUERISON*. PRIS,FRANCE: ALBIN MICHEL.
- 12)FRANÇOIS LE HUCHE ET ALLALI ANDRE. (1989, 2002). *LA VOIX THERAPEUTIQUE DES TROUBLES VOCAUX*. PARIS: MASSON.
- 13) GAYRAUD-ANDELM., P. M.-P. (2011). *BEGAIEMENT COMMENET LE SURMENTER*. ODILE JACOB.
- 14) GERMAN, C. S. (1982). *ANATOMIE PHYSIOLOGIE*. RUE DE KIVOLI PARIS.
- 15) INTERNATIONALE, O. M.-1.-1. (1993). *CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES TROUBLES MENTAUX ET DES TROUBLES DE COMPORTEMENT: CRITERES ET DIAGNOSTIQUES POUR LA RECHERCHE*. PARIS: MASSON.
- 16) KADIJA CHAHRAOUI ET HERVE BENONY. (2003). *METHODES, EVALUATION ET RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE*. PARIS: DUNOD.
- 17) KHADIJA CHAHRAOUI ET HERVE BENONY. (1999,2013). *L'ENTRETIEN CLINIQUE*. PARIS: DUNOD.
- 18) LYDIA FERNANDEZ, E. J.-L. (2006). *L'OBSERVATION CLINIQUE ET L'ETUDE DE CAS* . ARMANDE COLIN.
- 19) MONFRAIS-PFAUWADEL, M. (2000). *UN MANUEL DU BEGAIEMENT*. COLLECTION LE MONDE DU VERDE. SOLAL, MARSEILLE.

- 20) MONFRAIS-PFAUWDEL, M. C. (2014). *BEGAIEMENT, BEGAIEMENT, UN MANUEL CLINIQUE*. PARIS.
- 21) MUCCHIELLI. (1985). *DICTIONNAIRE DES METHODES QUALITATIVES EN SCIENCE HUMAINES*. ARMAND COLIN.
- 22) PIALOUP.V. (1975). *PRECIS D'ORTHOPHONIE*. PARIS: MASSON.
- 23) PIERART, B. (2011). *INTRODUCTION DANS LE BEGAIEMENT DE L'ADULTE*. MARDAGA.
- 24) ROBERT, P. (S.D.). DEFIS DANS L'EVALUATION DU BEGAIEMENT CHEZ LES BILIGUES. PP. 47-60.
- 25) SIMON A.M. (1993). *ATITUDES GAUCHIER CHEZ LES PERSONNE BEGUE*. GLOSSA.
- 26) TITLBAUM, H. (1988). TOOLS FOR THERAPEUTIC COMMUNICATION AND INTERVENTION.
- 27) VAN HAUT, F, ET ESTIENNE. (2000). *LE BEGAIEMENT, HISTOIRE, PSYCHOLOGIE, EVALUATION, VARIATION, TRAITEMENT*. PARIS: MASSON.
- 28) VAN HOUT A, E. F. (2002). *LES BEGAIEMENTS : HISTOIRE, PSYCHOLOGIE, EVALUATION, VARIETES, TRAITEMENT*. PARIS: MASSON.
- 29) Jacques Paillard., Dialogues sensori-moteurs et représentation mentale : un problème d'interface Dans Psychologie et cerveau (1999) Presses Universitaires de France.
- 30) DINVILLE C. (1980), Le bégaiement, symptomatologie traitement, Editions Masson, Millau.

Site web

[HTTPS://SANTE-MEDECINE.JOURNALDESFEMMES.FR/FAQ/45064-RESPIRATION-ABDOMINALE-DEFINITION](https://sante-medecine.journaldesfemmes.fr/faq/45064-respiration-abdominale-definition) (CONSULTE LE 25 JUIN 2021 A 15H03)

WWW.BEGAIEMENT.ORG (CONSULTE LE 3 JUIN 2021 A 23H42)

PP1 and WORLD ASSOCIATION of PLANETARIAN HEALTH/anatomie et physiologie humaine pdf

<https://www.accespharma.ca/fr/conseils-sante/stress-et-anxiete/pratiquer-la-respiration-abdominale#:~:text=Inspirez%20profond%20et%20lentement%20par,cinq%20secondes%20avant%20d'expirer.>

Dictionnaire :

Le petit Larousse en couleur

L'internaute

Dictionnaire Sengent Le parisien

Thèses :

- 1) D Lucille et T Sophie., (2014) « Accompagnement familial ciblant les frères et sœurs d'un enfant qui bégaie » Institut d'orthophonie Gabriel Decroix, Lille.
- 2) DIDIRKOVA Ivana., (2016) « parole, langues et disfluences: une étude linguistiques et phonétique du bégaiement » université Paul-valery Montpellier 3.
- 3) M Fouzi Smiej., (1991) « Estimation et modalisation-paramétrique de l'onde glottique en vue de la caractérisation objective de la voix pathologique » . Université de Nancy I.
- 4) T Ahmed Selim., (2011) « Le souffle de la vie ». Université Henri Poincaré, Nancy I.

Article :

Joseph Donaher et Corrin Richels., (2013) L'IMPACT CLINIQUE DU TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC

HYPERACTIVITÉ (TDAH) SUR LE BÉGAIEMENT DE L'ENFANT. Enfance N°3

Annexes

Annexe 1

Entretien avec l'enfant :

Identification

- L'âge actuel :ans
- Sexe : Masculin - Féminin
- Le rang dans la famille :
- Nombre de la fratrie :
- Niveau scolaire :

Histoire du trouble :

- Depuis quand bégaies-tu ?
- Depuis quand vas-tu chez l'orthophoniste ?
- Etait-il difficile d'y aller ?

Objectif : Il nous semble important de connaître l'âge d'apparition du bégaiement, et sa différence selon la personne et le lieu

Plainte du patient :

- le motif de la consultation :
- l'évaluation de son bégaiement avant et après la prise en charge

Annexe 2 :

L'entretien avec l'orthophoniste :

- depuis combien de temps exercez-vous dans ce domaine
- quels exercices pratiquez-vous pour ce type de prise en charge ?

Résumé

L'objectif de notre recherche est de déterminer qu'apporte la respiration et la relaxation dans la prise en charge d'un bègue. Nous avons réalisé une étude clinique par la technique d'étude de cas, nous avons travaillé avec sept (7) cas âgés de 8 à 16ans ou nous avons utilisé, l'observation et l'entretien avec l'enfant et l'orthophoniste.

Nos résultats montrent que la respiration et la relaxation permette une coordination entre la respiration et l'acte de la parole ce qui permet une communication plus fluide.

Abstract:

The objective of our research is to determine what contribution breathing and relaxation in the management of a stutterer. We carried out a clinical study by the case study technique, we worked with seven (7) cases aged 8 to 16 years where we used, observation and interview with the child and the speech therapist.

Our results show that breathing and relaxation allow coordination between breathing and the act of speaking, which allows for smoother communication.