

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

Université Abderrahmane Mira de Bejaia

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

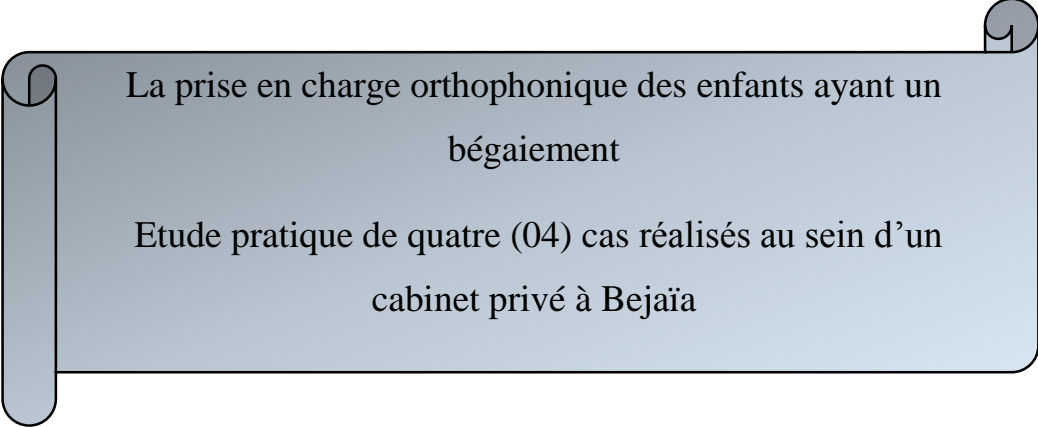
Département de Psychologie et D'Orthophonie

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue d'obtention d'un diplôme en Master

Spécialité : Pathologies de langage et de la communication

THÈME



La prise en charge orthophonique des enfants ayant un
bégaiement

Etude pratique de quatre (04) cas réalisés au sein d'un
cabinet privé à Bejaïa

Réalisé par :

Ait Mokhtar Karima

Amraoui Kahina

Encadré par :

Dr. Houari Amina

Année universitaire 2022-2023

Remerciements

Ce travail de recherche, au-delà des résultats qu'il représente, en avant tout le fruit d'un long travail qu'on aurait pu réaliser toutes seules, Alors c'est finalement à ces occasions qu'on s'autorise à dire merci d'abord au bon Dieu le tout puissant qui nous a donné la force, la passionne et le courage pour accomplir ce modeste travail.

Ensuite on remercie notre directrice de mémoire Madame Houari Amina pour sa grande disponibilité son expertise et son soutien qui nous ont guidé et supporté dans la réalisation de ce mémoire, ce qui nous a donné l'ambition de ne jamais cesser de s'enrichir de la réflexion passionnante apporté par la littérature scientifique dans notre pratique de futures orthophonistes.

On tient également à remercier notre tuteur de stage Madame Houari Meriem pour ses conseils, et son accompagnement bienveillant.

Un grand merci aussi à nos enseignants pour leurs cours variés et pour leurs conseils au cours de ces années d'étude à l'université.

Merci à tous.

DEDICACES

Je dédie ce travail à tous ceux et celles que j'aime
et à tous ceux et celles qui m'aiment

Karima

DEDICACES

Je tiens à didier ce travail à :

Mes chers parents qui m'on soutenue et encouragé tout au long de ces
Années d'études afin que je puisse accomplir ce travail ,que Dieu leur accorde
santé et longévité.

A mes adorables frères Samir Nadjim Fouad Malek

Ainsi mes chères sœurs Nouria karima Hanane

A une personne tres chers pour moi Hicham

Et a ma chère binome karima

Kahina

Liste des Tableaux

Tableau 1: Tableau récapitulatif des cas étudiés	78
Tableau 2: L'étape A : la coopération des parents	90
Tableau 3: les exercices spécifiques aux enfants	91
Tableau 4: Les exercices de souffle abdominal	92
Tableau 5: Les exercices dits de mâchoire-langue	92
Tableau 6: Les exercices articulatoire	92
Tableau 7: les exercices vocaux	93
Tableau 8: Les exercices centrés sur l'OREV	93
Tableau 9: Tableau récapitulatif des étapes de la prise en charge orthophonique de bégaiement de bégaiement	119
Tableau 10: Tableau récapitulatif de la coopération des parents	122

Remerciements

Dédicace

Liste des tableaux

Table de matières

Introduction 1

Partie Theorique

CHAPITRE I : LE BEGAIEMENT

Préambule :.....	6
1.Aspect historique du bégaiement :	6
2.Définitions de bégaiement :	7
3.Ages d'apparition :.....	9
4.Les types de bégaiement :	10
5.Étiologies du bégaiement	11
5.1 Spécificités psychologiques :	11
5.2 Causes génétiques :	12
5.3. Facteurs neurologiques :	15
6. Symptomatologie physique :.....	15
7.Les trouble associés :.....	17
8.Les six malfaçons fondamentales de la parole bègue :.....	19
9.Diagnostic et Evaluation :	22
9.1. Diagnostic différentiel.....	23
9.2. Bredouillement :.....	23
9.3. Bafouillage :	23
9.4. Dysarthrie :.....	24
9.5. Dysphonies :.....	24
9.6. Dysphasie phonologique :	24
10. Attitudes et comportements parentaux face au bégaiement.....	24
Synthèse de chapitre :.....	26

CHAPTRE II : La prise en charge orthophonique

Préambule.....	30
1. Définition de la prise en charge :	30
1.1 la Définition de la prise en charge orthophonique :.....	30
2. La prise en charge orthophonique du bégaiement :	30
3.L'importance de la prévention et d'une intervention précoce	31
4. Les étapes de la prise en charge orthophonique du bégaiement	32
4.1 La demande	32
4.2. L'anamnèse	32
4.3. Le bilan orthophonique	33
4.3.1. Le diagnostic orthophonique.....	33
4.4. La guidance parentale (ou accompagnement parental) : dispositif de Prévention)	34
5.L'approche théorique de la prise en charge du bégaiement.....	35
6.les principes de rééducation selon la théorie de François le huche :	36
6.1. L'acquisition de la maîtrise de la Gestion de la Tension Psychomotrice (GTPM)	36
6.2. La maîtrise du souffle abdominal.....	36
6.3. La réincarnation de la parole et la phonétique	37
6.4. Maîtrise de la mécanique articulatoire.....	37
6.5.les exercices vocaux :.....	38
6.6. Les principes des exercices centrés sur le contact avec l'interlocuteur et sur l'élaboration de l'OREV (objet référentiel de l'échange verbal).....	38
7.Les techniques utilisées par cette approche théorique :	40
7.1. La pompe à balancier	40
7.2. Le tour du corps.....	41
7.3. Le seau magique de l'apprenti sorcier	48
7.4. Le souffle du sagittaire.....	49
7.5. Les battements de langue	51
7.6. Langue de chat / langue de rat.....	52
7.7. La tondeuse de coiffeur	52
7.8. Les trisyllabes pluri-vocaliques.....	53

7.9. Les mots en bouche	54
7.10. Lecture “recto-tono”	55
7.11. Le dessin dicté :	56
7.12. Le lego dicté	58
7.13. Le jeu des signifiants :	59
7.14. Le texte à sous-texte :	61
7.15. La créativité de l’image :	62
8. Les buts et objectifs de la prise en charge orthophonique du bégaiement.....	63
Synthèse de chapitre.....	65

Partie Pratique

Chapitre III La méthodologie de la Recherche

Préambule	75
1-La pré-enquête :	75
3-La méthode de recherche	76
4- Présentation de lieux de la recherche :	78
5-Présentation de la population de la recherche :	78
6-Les outils utilisés :	79
7-Les composantes de la grille d’observation :	80
7.2.1 Exercices de gestion de la tension psychomotrice	81
7.2.1.2. La pompe à balancier	81
7.2.1.2. Le tour du corp	81
7.2.2. Deux exercices de souffle abdominal	82
7.2.2.1. Le seau magique de l’apprenti sorcier	82
7.2.2.2. Le souffle du sagittaire.....	82
7.2.3. Trois exercices dits “de mâchoire-langue”	82
7.2.3.1.les battements de la langue.....	82
7.2.3.2. Langue de chat / langue de rat.....	82
7.2.3.3. La tendeuse de coiffeur	82
7.2.4. Deux exercices articulatoire (à la découverte de la PAV)	83
7.2.4.1. Les trisyllabes pluri-vocaliques	83

7.2.4.2. Les mots en bouche	83
7.2.4.3. Un exercice vocal : Lecture “recto-tono	83
7.2.5. Cinq exercices centrés sur l’OREV	83
7.2.5.1. Le dessin dicté.....	83
7.2.5.2. Le lego dicté.....	83
7.2.5.3. Le jeu des signifiants.....	84
7.2.5.4. Le texte a sous texte	84
7.2.5.5. La créativité de l’image.....	84
8.Le déroulement de la recherche.....	84
8.1. La partie théorique.....	84
8.2. La partie pratique.....	84

Chapitre IV Interprétation, analyse et discussion des hypothèses

Préambule.....	89
1-Présentation et analyse des résultats de premier cas :	89
2-Présentation et analyse des résultats de deuxième cas :	97
3-Présentation et analyse des résultats de troisième cas :	105
4-Présentation et analyse des résultats de quatrième cas :.....	112
5-Discussion des hypothèses :.....	119

Conclusion	127
-------------------------	------------

La liste bibliographique.....	130
--------------------------------------	------------

Annexes

Introduction

Le bégaiement est un trouble qui affecte le langage et la personnalité de l'enfant. Il apparaît généralement dès le début du langage, vers 2-3 ans, parfois vers 6-7 ans, et plus rarement à l'adolescence. Il est important de le prendre en charge dès le début pour éviter qu'il ne se chronicise. Car, même si dans 3 cas sur 4, le bégaiement disparaît spontanément, il est primordial que tout enfant en présentant des signes soit suivi, pour que celui chez qui il risquerait de persister reçoive le traitement adapté le plus tôt possible.

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.

Ce trouble, chez le très jeune enfant, est à prendre au sérieux, car il ne disparaîtra pas forcément de lui-même. Il est donc indispensable de consulter un orthophoniste formé à la prise en charge du bégaiement. Les parents ont un rôle de premier plan à jouer, Il y a un travail de guidance parentale, avec un réaménagement du quotidien pour faire baisser la pression temporelle. Pour les cas plus sévères, quand la guidance parentale ne suffit pas, les spécialistes s'appuient sur différentes techniques qui ont montré leur efficacité.

L'orthophonie, en tant que discipline spécialisée dans le traitement des troubles de la parole, du langage et de la communication, joue un rôle crucial dans l'accompagnement et la réhabilitation des personnes bègues. Grâce à des approches thérapeutiques adaptées et personnalisées, les orthophonistes visent à améliorer la fluidité de la parole, à réduire l'anxiété liée au bégaiement et à renforcer la confiance en soi des patients.

Il existe plusieurs technique et thérapies de prise en charge du bégaiement et l'orthophoniste se trouve envahi par ce nombre important, c'est pour cela que nous

Voulons décrire dans cette recherche les exercices de prise en charge orthophonique d'une manière organisée étape par étape en suivant une approche théorique bien précise ; c'est celle de François Le Huche, pour cela nous avons choisi de faire une recherche sur « la prise en charge orthophonique des enfants ayant un bégaiement » nous avons effectué un stage pratique au niveau d'un cabinet d'orthophoniste privé situé à Bejaia qui répond aux caractéristiques de notre groupe de recherche. Et qui nous a permis d'être en lien avec des enfants présentant un bégaiement.

Nous avons élaboré un plan de travail méthodique réparti en deux parties et quatre chapitres :

Une première partie théorique, qui comprend deux chapitres

Chapitre 01 intitulé : le bégaiement.

Dans lequel on a abordé ; la définition de bégaiement, l'âge d'apparition, symptomatologie, étiologie, les types, les troubles associés, les six distorsions de la parole bégue, le diagnostic et évaluation.

Chapitre 02 intitulés : la prise en charge orthophonique

Au long de ce chapitre nous avons parlé sur l'importance de la prise en charge orthophonique de bégaiement, les exercices de la prise en charge et l'approche théorique de François Le Huche.

Une partie pratique qui comprend deux chapitres :

Chapitre 03 intitulés la méthodologie de la pratique ou on a décrit tout ce qui concerne la partie pratique de notre recherche.

Chapitre 04 intitulés interprétation, analyse et discussion des hypothèses ou on a présenté notre groupe de recherche, analyse des résultats et discussion de nos hypothèses.

Et on a clôturé notre recherche par une conclusion générale.

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE I :
LE BEGAIEMENT

PLAN DU CHAPITRE : Le bégaiement

1. Aspect historique de bégaiement
2. Définition du bégaiement
3. Ages d'apparitions
4. Les types du bégaiement
5. Les étiologies
6. Les symptômes physiques
7. Les troubles associés
8. Les six malfaçons de la paroles bègues
9. Diagnostique et évaluation
10. Attitudes et comportements parentaux face au bégaiement

Synthés du chapitre

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 la parole d'être fluente. Dans le présent chapitre nous allons d'abord procéder aux aspects historiques de bégaiements, définitions, âges d'apparition, les types du bégaiement, étiologie, les symptômes pour finir avec le diagnostic.

1.Aspect historique du 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 sont 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. (Pierart, 2011, P.13-15).

2. 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 alitée 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.

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 e mots, ou par hésitations ou des pauses fréquentes persistant ou récurrent, d'une intensité suffisamment sévère pour perturber nettement la fluence de la parole. (CIM10/ICD10-, 1993, P.159).

Hard Castle 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 fait un challenge thérapeutique tout autant qu'un casse-tête nosologique. (Marie, 2014).

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, P16).

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 », créé par l'environnement et « auto-entretenu », accompagnée de panique chez la personne qui bégaie et le mouvement associé parfois violents, entravant la communication plus que le bégaiement lui-même. (Van, 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 proposée 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 répétitions et même le blocage total de la parole et qui peut aussi engendrer l'isolement social et des comportements palliatifs»

3. Ages d'apparition :

A.-M. Simon (1999) fait remarquer que « les études sur les débuts du bégaiement reposent essentiellement sur les témoignages des parents ». Or, il est complexe pour eux de pouvoir identifier le bégaiement parmi les disfluences « normales » du jeune enfant. De plus, l'aspect cyclique que revêt la manifestation du bégaiement durant les premiers temps représente également une difficulté importante pour le repérage du bégaiement de leur enfant.

Néanmoins, statistiquement, selon Yairi (1997), le bégaiement débute dans l'enfance et dans plus de 75% des cas avant 3 ans et demi. Pour Rustin (1991), l'âge moyen d'apparition du bégaiement serait de 3 ans et 6 mois ; selon son étude, 27% des sujets sauraient commencer à bégayer avant 3 ans, 68% entre 3 et 7 ans et 5% après 7 ans.

Ainsi, bien qu'un bégaiement puisse apparaître plus tardivement, juste avant la puberté, la période la plus sensible à l'apparition d'un bégaiement se situe entre 2 ans et 5 ans.

Pour M. Gayraud-andel et M.-p. Poulat (2011), il s'agit d'un bégaiement « développemental » qui peut persister ou non.

Selon SIMON (1999), dans plus de 50% des cas, le début est brutal (d'un jour à une semaine).

Aussi, on établit un lien entre la précocité du trouble et sa sévérité. Ainsi, plus le bégaiement est précoce meilleur sera le pronostic. Mais ce constat s'inverse si le début a été brusque.

Par ailleurs, plus la période de bégaiement aura duré longtemps, plus la prise en charge s'étendra dans le temps.

Enfin, il est important de mentionner le phénomène de récupération spontanée. En effet, 75% des enfants ayant bégayé entre 2 ans et 5 ans voient leur bégaiement disparaître sans qu'une prise en charge spécifique ait été entreprise.

4. Les types 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. (Claude, m, 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 tonic-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 un sort des sidérations motrice générale. (Le Huche, f, 1998, P.53).

5.Étiologies du bégaiement

Le bégaiement est un trouble dont l'étiologie ne se résume pas à un élément. Si l'on dispose aujourd'hui de plusieurs indices concernant les facteurs favorisant l'apparition et / ou le développement de ce trouble de la parole, il semble primordial de garder à l'esprit la probable présence de plusieurs causes. En effet, étant donné que le bégaiement est un trouble qui se traduit différemment d'une personne à l'autre, l'on peut supposer que les facteurs identifiés comme déclenchant le bégaiement se combinent de manière différente chez chaque PQB.

5.1 Spécificités psychologiques :

Comme nous l'avons mentionné plus haut, le bégaiement est avant tout un trouble de la communication. Il est désormais bien connu que les bégayages surgissent principalement lorsque le locuteur s'adresse à une autre personne ; le fait de parler à un animal ou de parler tout seul ne déclenche généralement pas de disfluences sévères. De l'autre côté, la fluence diminue avec un stress accru, comme pour les locuteurs normo-fluents. Dans ce sens, il semble approprié d'aborder, ne serait-ce

que brièvement, la question de la psychologie dans le bégaiement dans la mesure où les émotions semblent jouer un rôle dans l'apparition des bégayages (Van Hout & Estienne-Dejong, 1996) : Tout d'abord, la peur. Van Hout & Estienne-Dejong (1996) décrivent le processus d'apparition des peurs de manière chronologique. D'après ces auteures, la première peur liée au bégaiement qui se manifeste chez l'enfant est la peur des mouvements laryngés excessifs. Ces mouvements entraîneraient chez la personne touchée un comportement régressif. Ensuite, l'enfant repère les mots problématiques, déclenchant ainsi la peur de ces mêmes mots. C'est à ce moment qu'interviendrait l'entourage. Il est également à noter que, souvent, une réaction ou un comportement inadapté de l'entourage peuvent accentuer le bégaiement. Dans le bégaiement développemental persistant, la personne adulte qui bégaie garde, voire accentue les peurs acquises durant son enfance. À ces peurs de l'enfant, concernant la parole même, viennent se rajouter d'autres situations stressantes ou émotionnelles qui diminuent la fluence : la prise de parole en public, un dialogue avec son supérieur, un appel téléphonique...

Enfin, le conditionnement : d'après Gray (1987), le bégaiement pourrait être assimilé à la situation d'un animal qui se retrouve face à son prédateur et qui s'immobilise, afin de faire penser à son prédateur qu'il est mort. Dans la même logique, pour cet auteur, la personne qui bégaie immobilise ses muscles laryngés suite à une peur liée à la prise de parole, ce qui résulterait en de nombreux spasmes laryngés. Plus généralement, il est admis que le bégaiement est en fait un cercle vicieux : un bégayage provoquant systématiquement une attitude inadaptée de l'entourage (réprimande, inquiétude) aide à intérioriser cette attitude. L'enfant associerait ainsi le fait de bégayer à une activité interdite. S'ensuit l'évitement des situations de communication, ce qui les rend plus rares et, de fait, plus anxiogènes (Van Hout et Estienne-Dejong, 1996).

5.2 Causes génétiques :

Le facteur génétique est également considéré comme prépondérant dans les bégaiements développementaux et développementaux persistants. Malgré cela, il

convient de noter ici que la transmission génétique n'est pas franche, à savoir qu'un parent qui bégaie ne transmettra pas systématiquement son trouble de la parole à sa progéniture. De nombreuses études se sont penchées sur la question de l'hérédité / la prédisposition du bégaiement. Ainsi, en 1978 déjà, Kidd et al. ont pu observer que les femmes qui bégaient ont plus souvent des parents bègues que les hommes qui bégaient. Autrement dit, les femmes qui bégaient auraient davantage de facteurs de prédisposition dans leurs familles par rapport aux hommes. L'étude menée sur la population japonaise (Ooki, 2005) démontre que la proportion de variance phénotypique attribuable aux influences génétiques est légèrement plus élevée chez les femmes (85%) par rapport aux hommes (80%). En revanche, d'après Van Beijsterveldt et al. (2010), il n'y aurait aucune différence entre les garçons et les filles âgés de 5 ans. D'après leurs résultats, la probabilité d'« hériter » du bégaiement se situerait aux alentours de 42%. Il en irait de même pour les facteurs environnementaux (44%). Yairi & Ambrose (2004) estiment qu'il y aurait une différence dans la prédisposition génétique chez les personnes présentant un bégaiement développemental persistant (88% auraient des PQB parmi les parents) par rapport aux personnes présentant un bégaiement développemental non-persistant (seuls 65% étaient dans ce même cas). Autrement dit, le fait d'avoir des PQB dans la famille favoriserait le caractère persistant du bégaiement.

En 1981, Howie constate que les jumeaux monozygotes sont plus enclins à développer un bégaiement lorsque leur jumeau bégaie que les jumeaux dizygotes. Ceci lui permet de supposer que les facteurs génétiques joueraient un rôle important dans le bégaiement. Une probabilité plus élevée d'apparition du bégaiement chez les jumeaux monozygotestémoignerait, selon l'auteur, de l'importance de l'interaction des facteurs génétiques et environnementaux dans l'étiologie du bégaiement. Ces conclusions ont par ailleurs été mentionnées par d'autres études (Godai et al., 1976 ; Andrews et al., 1991). Felsenfeld et al. (2000) soulignent que jusqu'à 70% de modifications liées au bégaiement seraient dues à des phénomènes génétiques, même si le facteur environnemental n'est pas à

négliger. L'importance des facteurs génétiques a également pu être observée grâce à la structure de la population de la ville de Lahore au Pakistan, où un nombre élevé de mariages consanguins a été relevé. Au total, 56 familles dont 162 PQB et 62 Personnes Normo-Fluents (PNF) ont participé à l'étude de Riaz et al. (2005) qui a révélé, chez les PQB, la présence d'un allèle relativement inhabituel dans la population pakistanaise normo-fluente sur le chromosome 12. Contrairement à l'étude de Shugart et al. (2004), aucune modification sur le chromosome 18 n'a été observée. Drayna et Kang (2011) ont continué les études sur les familles pakistanaises. Après avoir identifié 87 gènes potentiellement impliqués dans le bégaiement, la plus grande des familles a été isolée afin d'étudier plus en détail les gènes en question. Ceci a permis d'identifier un gène, appelé GNPTAB, qui était présent également chez des PQB sans lien avec la famille. À ces observations, impliquant le chromosome 12 et le gène GNPTAB, Kang et al. (2010) ajoutent trois mutations dans le gène nommé NAGPA, qui sont présentes chez des PQB et absentes chez les sujets de contrôle. Il est à noter que ces gènes présentent un point commun : ils sont tous impliqués dans le métabolisme lysosomal qui est chargé d'assimiler les déchets produits par les cellules. D'autres chromosomes ont également été définis comme potentiellement responsables des bégaiements : les chromosomes 3, 9, 13 (Wittke-Thompson et al. 2007), (Raza et al. 2012), (Suresh et al., 2006), etc.

L'étude de Suresh et al. (2006) s'est intéressée non seulement aux chromosomes qui pourraient être considérés comme l'une des origines du bégaiement, mais également aux éventuelles différences entre les hommes et les femmes. C'est ainsi qu'ils ont pu identifier des modifications sur le chromosome 7 chez les hommes qui bégaiement ainsi que sur les chromosomes 9 et 21 chez les femmes souffrant de ce même trouble de l'élocution. Toujours d'après cette étude, le bégaiement pourrait être plutôt le résultat de modifications survenant sur plusieurs combinaisons de chromosomes (9 et 2, 7 et 12). Enfin, un lien a été fait entre les facteurs génétiques et l'activité dopaminergique chez les PQB (Lan et al, 2009). Cette étude part du

constat que le fonctionnement de transporteurs de dopamine (DAT) et de récepteurs D2 (DRD2) de cette dernière serait altéré chez les personnes présentant un bégaiement. Travaillant avec la population des Hans chinois, Lan et ses collègues (2009) ont pu constater que la présence de l'allèle C sur le gène DRD2 était liée à la présence d'un trouble de la fluence de la parole, tandis que l'allèle T jouait un rôle protecteur.

5.3. Facteurs neurologiques :

Les études en neuro-imageries tendent à montrer que le bégaiement pourrait provenir, entre autres, d'un déficit du traitement neural qui sous-tend le langage oral. Des différences au niveau du fonctionnement cérébral structural et fonctionnel sont observées chez les personnes qui bégaiement par rapport au fonctionnement cérébral des personnes contrôles. Un grand nombre d'études en neuro-imagerie, utilisant différentes techniques d'exploration (PET, IRM, etc.) ont décelé un fonctionnement anormal dans certaines régions corticales et sous-corticales du cerveau des personnes qui bégaiement. Parmi ces régions, citons, entre autres, le cortex moteur, l'insula, les régions auditives, les ganglions de la base, le cervelet, etc. De plus, des anomalies au niveau de la connexion entre les régions liées à la parole ont été mises en évidence par des études de connectivité fonctionnelle. D'autres études ayant utilisé le système d'imagerie en diffusion relèvent un déficit de transmission de la matière blanche dans les aires cérébrales du langage et de la

Production orale (Chang, Packman, 2013, P. 207).

6. Symptomatologie physique :

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).

-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 successives, 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 continuent par exemple comme les (s), les (ch), les (v) ou encore les (j) ou les (I), mais aussi des consonnes dites 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 là ». (Le Huche, 1998, P.25).

-Les pauses Dues à un blocage laryngé sans voisement ou à une conduite d'évitement Verbal, elles peuvent être 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.Les 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, ont décrits 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 bègues, représente une gêne majeure pour la communication car le regard est un élément fondamental 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 pneumophonique 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 six 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 permettront 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 normale de détente au moment des difficultés.

Cette réaction constituera un « passage en force » de l'obstacle, ce qui n'exclue pas toutes accrochage présent ou ultérieur.

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, le 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).

3ème malfaçon : Perte du comportement tranquillisation

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 seule 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).

4ème 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 soit 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 un non intervention à cause même de ses déphasages. 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).

5ème 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, 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. 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 disfluidités, souvent calculé comme nombre de disfluidités dans 100 syllabes. (Roberts, P. M., 2002, P.47-60).

9.1. Diagnostic différentiel

Les troubles de la fluence sont nombreux et leurs différences subtiles ; il ne faut cependant pas se tromper lors du diagnostic car leurs prises en charge seront différentes.

9.2. Bredouillement :

Le bredouillement se caractérise par une parole à débit trop rapide amenant des escamotages phonétiques et syllabiques, des interjections, des faux départs ou des autocorrections. (F.Estienne et AVanHout. (2002), p.138). Bien que voisin du bégaiement, le bredouillement se différencie toutefois par son trouble essentiellement articulo-rythmique, son manque de mot, son débit rapide, ses courtes pauses très nombreuses et inadéquates. L'intelligibilité de la parole est perturbée. Contrairement au bégaiement, ne sont présents ni blocage ni répétition. La précipitation conduit à avaler des syllabes. Le bredouilleur aime parler. Il n'a pas conscience de ce trouble contrairement au bègue. Par ailleurs lorsqu'il se contrôle, la parole est tout à fait intelligible. Le bredouillement se manifeste chez des sujets tachylalies dont le langage se construit normalement. Leur pensée se formule bien sous forme de langage, mais elle est trop rapide par rapport à l'élaboration de leur discours. Ce sont souvent des sujets impulsifs, qui veulent parler trop vite et qui se précipitent dans des séries de thèses trop nombreuses ; dans des phrases compliquées ou des mots très longs qui rendent leur parole difficile à comprendre. (C. Dinville.1992, P.7).

Des formes mixtes seraient possibles et notamment une apparition du bégaiement après le bredouillement. Le bredouillement peut aussi apparaître suite à des lésions cérébrales et se retrouve ainsi fréquemment dans la maladie de Parkinson.

9.3. Bafouillage :

Contrairement au bredouillement, ce n'est pas l'articulation qui est touchée dans le bafouillage mais le langage et le débit. Le bafouillage est souvent associé au bégaiement. Il se rencontre principalement chez des sujets qui ont été forcés sur le plan linguistique, ou qui ont des difficultés à formuler leur langage correctement,

d'où des constructions illogiques, des lapsus, des hésitations expressives... La parole comporte donc des arrêts inopportuns, des répétitions, de fausses liaisons... Le rythme est saccadé, précipité. Le débit trop rapide. (C.Dinville 1992, P.6).

9.4. Dysarthrie :

La dysarthrie est un trouble acquis de l'élocution lié à une atteinte neurologique des systèmes moteurs participant à l'expression de la parole. (Gayraud-Andel et M.Poulat 2011,P.50) Il existe plusieurs types de dysarthries. La plus proche du bégaiement se retrouve dans la maladie de Parkinson. La prosodie est, dans ce cas, affectée ; l'intelligibilité et l'intensité sont réduites. Le débit est accéléré. La parole peut être émaillée de blocages, pauses et répétitions et des palilalies.

9.5. Dysphonies :

Spasmodiques En adduction ou en abduction, ces dysphonies sont caractérisées par des spasmes laryngés. Elles concernent la plupart du temps les adultes, surtout les femmes de plus de cinquante ans, mais existent aussi chez les enfants. L'intelligibilité est réduite, les mots sont hachés. La voix est chevrotante, étranglée et l'intensité est fluctuante.

9.6. Dysphasie phonologique :

La dysphasie est un trouble développemental grave. Lorsqu'elle est de type phonologique, les troubles sont surtout expressifs touchant la programmation phonologique. La compréhension est normale mais l'expression bien que fluente est inintelligible par déformation des sons du langage. Ils peuvent répéter des phonèmes isolés mais pas les programmer. La syntaxe est souvent préservée. (I. Rapin et S. Allen,1983, P.155.184).

10. Attitudes et comportements parentaux face au bégaiement

F. Estienne (1975) explique que : « le milieu familial peut agir négativement s'il fait à l'enfant ses difficultés, s'il se moque de l'enfant en détresse verbale, s'il le traite de bègue (moqueries qui peuvent venir des frères et sœurs, des camarades), s'il le fait parler trop vite, s'il imite la façon de parler de l'enfant et surtout s'il ne

donne pas à cet enfant la possibilité de constituer son langage », Effectivement, face à ces réactions négatives, l'enfant va naturellement faire des efforts pour «< bien parler >> mais ce sont justement ces efforts qui vont ancrer le bégaiement. A ce sujet, S. et F. Le Huche (1992) disent que le bégaiement ne naît pas dans la bouche de l'enfant mais dans l'oreille de ses parents.

-Les attitudes nocives

La plupart des parents ont souvent des attitudes peu adaptées pour aider l'enfant, selon F. Huche et A.M Simon (1994) : « il semble de plus en plus évident que les processus de chronicisation prennent leur source dans la réaction de lutte et de déni de l'enfant vis-à-vis de son propre trouble, réaction elle-même liée à l'attitude de l'entourage devant l'apparition du trouble ». F. Le Huche (1998) a répertorié les attitudes nocives que les parents ont tendance à adopter naturellement face au trouble de leur enfant :

•**Les reproches, les moqueries et les appels à la volonté** : « fais un peu attention quand tu parles et arrête de bégayer comme ça ! », « Redis-moi ça correctement s'il-te-plaît ! Quand tu veux, tu sais très bien parler comme il faut ». L'attitude de reproche peut aussi se manifester par un froncement de sourcils, un soupir de lassitude ou d'exaspérations... Ces attitudes orientent l'enfant vers l'effort de parole et le poussent donc au bégaiement chronique.

• **Les conseils** : calme-toi, respire, prépare ta phrase, prends ton temps, parle moins vite, articule dépêche-toi...Ces conseils orientent la parole de l'enfant vers une perte de son caractère automatique et spontané, la parole devient anormalement volontaire et contrôlée. D'après J. Fraser-Gruss, plus l'enfant essaie de se corriger, plus il a du mal, la réaction de son entourage devient du coup plus défavorable, un cercle vicieux se crée où l'enfant prend l'habitude de parler d'une façon qu'il n'a pas l'impression de maîtriser.

•**La fausse indifférence** : ne pas prêter attention aux accidents de parole, faire comme s'ils n'existaient pas. Cette réaction engendre un non-dit qui va prendre une

importance démesurée dans l'esprit de l'enfant. PP Murray parle de la conspiration du silence ». Pour le bègue, le silence implique la notion de faute. La fausse indifférence amène l'enfant à développer un sentiment de culpabilité par rapport à ce trouble que ses parents préfèrent ignorer. Ces comportements renforcent la tendance de l'enfant à lutter avec sa parole, ils sont donc à proscrire. Également, d'autres comportements, mais cette fois de communication, peuvent accroître le risque de chronicisation chez le jeune enfant bègue. (Mélissa Ghacir, 2011)

Synthèse de chapitre :

Pour conclure ce chapitre, le bégaiement est un phénomène appert entier dont les causes sont méconnues et semblent découler de facteurs multiples Sachant que le bégaiement est un trouble qui apparait 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 connaitre 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 des techniques, qui sont essentiels dans la prise en charge du bégaiement.

CHAPTRE II :

La prise en charge orthophonique

Plan du chapitre II : La prise en charge orthophonique

1. Définition de la prise en charge
 - 2.1. Définition de la prise en charge orthophonique
2. La prise en charge orthophonique de bégaiement
3. L'importance de la prévention et d'une intervention précoce
4. Les étapes de la prise en charge orthophonique de bégaiement
 - 4.1. La demande
 - 4.2. L'anamnèse
 - 4.3. Le bilan orthophonique
 - 4.3.1. Le diagnostic orthophonique
 - 4.4. La guidance parentale
5. L'approche théorique de la prise en charge du bégaiement
6. Les principes de rééducation selon la théorie de François le Huche
 - 6.1. L'acquisition de la maîtrise de la gestion de la tension psychomotrice
 - 6.2. La maîtrise de souffle abdominal
 - 6.3. La réincarnation de la parole et la phonétique
 - 6.4. Maîtrise de la mécanique articulatoire
 - 6.5. Les exercices vocaux
 - 6.6. Les principes des exercices centres sur le contact avec l'interlocuteur et sur l'élaboration de l'OREV (Objet référentiel de l'échange verbal)
7. Les techniques utilisées par la théorie de François le Huche
 - 7.1. La pompe a balancier
 - 7.2. Le tour du corps
 - 7.3. Le seau magique de l'apprenti sorcier
 - 7.4. Le souffle du sagittaire
 - 7.5. Les battements de langue
 - 7.6. Langue de chat/ langue de rat
 - 7.7. La tondeuse de coiffeur
 - 7.8. Les trisyllabes pluri-vocaliques

- 7.9. Les mots en bouche
 - 7.10. Lecture 'recto-tono'
 - 7.11. Le dessin dicté
 - 7.12. Le lego dicté
 - 7.13. Le jeu des signifiants
 - 7.14. Le texte a sous texte
 - 7.15. La créativité de l'image
8. Les buts et les objectifs de la prise en charge orthophonique de bégaiement

Synthèses du chapitre

Préambule

Le bégaiement est un trouble de la parole affectant la communication et qui a des répercussions importantes sur la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes, dans ces conditions, une prise en charge orthophonique est vivement recommandée dès les premiers signes de bégaiement.

Dans ce chapitre, nous présentons la prise en charge orthophonique du bégaiement, nous allons connaître qu'est-ce que c'est la prise en charge orthophonique, ces objectifs, et sa place dans le bégaiement, puis au final l'approche théorique utilisée dans la rééducation du bégaiement.

1. Définition de la prise en charge :

Fait d'assurer une responsabilité. Celle-ci peut concerner une personne, un objet ou une situation. Il s'agit d'une aide pédagogique, éducative, psychologique et sociale à la personne qui a une maladie, un trouble de comportement. (Dictionnaire Français).

1.1 la Définition de la prise en charge orthophonique :

C'est un terme générique recouvrant des réalités diverses en fonction des troubles (trouble acquis ou développementaux), de la pathologie concernée, des demandes de la personne (enfants et adultes), des modalités d'intervention du praticien (choix des méthodes) et des modalités pratiques des séances (durée, fréquence, travail en relation duelle ou en groupe, en équipe pluridisciplinaire ou non. De façon générale, la prise en charge orthophonique a pour but de mettre en place des capacités ou des compétences spécifiques, de restaurer un fonctionnement normal, et de mettre en place des moyens palliatifs ou de compensations. (Frederique,2011, P.234)

2. La prise en charge orthophonique du bégaiement :

Selon Rousseau « La logique d'une intervention précoce n'est donc pas tant de protéger l'enfant contre les effets d'une apparition récente du bégaiement, mais

bien de prévenir ceux que peut avoir un bégaiement chronique à plus long terme, voire toute atteinte psychologique ou sociale (détresse, anxiété, inadaptation sociale et frustrations liées au travail). » Donc, le bégaiement est un trouble de la communication qui ne se manifeste que lors d'une Interaction linguistique. C'est en quelque sorte « l'autre » qui fait bégayer, l'enfant d'âge préscolaire, lorsqu'il invente des scénarii avec ses jouets et leur parle, ne bégaie pas. (Rousseau,2002)

En effet, la difficulté de prise en charge du bégaiement n'est pas réellement L'acquisition de la fluidité, il est très important de ne pas se laisser arrêter et de continuer à travailler parfois en changeant d'angle d'approche de façon à retrouver une parole plus spontanée.

3.L'importance de la prévention et d'une intervention précoce

Deux raisons principales sont exposées pour souligner l'intérêt d'une intervention précoce (étude de Starkweather, 1992):

- Plus la période de bégaiement est importante, plus le traitement est long.
- Plus on attend pour prendre en charge le bégaiement, plus l'enfant est exposé aux facteurs de pérennisation et donc plus le bégaiement a de chances de se fixer.

De plus, L. RUSTIN (1991) a mené une étude rapportant que le pourcentage d'enfants dont le bégaiement s'arrête s'amenuise au cours du temps, ainsi il est de 80% à l'âge de 4 ans, 50% à l'âge de 6 ans et seulement 20% à 10 ans.

En France, le discours et la position « attentistes » ont longtemps dominé en ce qui concerne la prise en charge du bégaiement du jeune enfant. Ainsi, la sécurité sociale ne permettait une prise en charge orthophonique du bégaiement qu'à partir de l'âge de 4 ans. C'est seulement dans les années 90 que la notion « d'intervention précoce » s'est répandue. Simon (1999) nous rappelle que le décret du 30 mars 1992 précise « la compétence des orthophonistes en matière de bégaiement, en particulier le rôle du thérapeute auprès des familles pour éviter la fixation du trouble. »

Deux facteurs ont sûrement contribué à cela. D'une part, l'apport de thérapeutes étrangers (Starkweather et Rustin) qui ont développé et mis en place des techniques d'intervention indirecte intégrant les parents. D'autre part, la création, en 1992, de l'Association Parole Bégaiement rassemblant tous les acteurs concernés par le bégaiement (personnes bègues, familles et thérapeutes). En effet, celle-ci a joué un rôle majeur dans la prévention du bégaiement en menant des campagnes de sensibilisation et de prévention auprès des différents professionnels de la petite enfance (soignants et enseignants) et auprès des parents, dans le but de faire mieux connaître ce trouble (repérage, attitudes à adopter...). (Simom,1999)

4. Les étapes de la prise en charge orthophonique du bégaiement

4.1 La demande

La demande émane, en général, des parents qui expriment une inquiétude concernant la parole de leur enfant. Il est possible que leur demande ait été différée compte tenu du caractère cyclique du trouble. Lors du premier contact téléphonique, il peut être intéressant de relever quels termes sont utilisés pour décrire les troubles et si le mot « bégaiement » est employé. Le degré de sévérité est également évalué selon les dires du parent ainsi que le niveau d'anxiété (facteur de tension pour l'enfant). En fonction de cela, des premiers conseils peuvent déjà être apportés. Un rendez-vous est fixé pour une première rencontre.

4.2. L'anamnèse

Elle est essentielle car elle permet de fournir les éléments sur lesquels la guidance parentale va porter. Sans que ce recueil ne soit figé dans son déroulement, nous retenons différents grands domaines qui doivent être investigués :

- Éléments relatifs à la grossesse et à la naissance (grossesse compliquée, prématurité, problème particulier à la naissance : hypoxie, etc...)
- Antécédents médicaux (interventions chirurgicales, infections ORL et contrôle de l'audition, allergies, chute ou traumatisme, etc...)

- Aspect développemental dans les domaines moteur, psycho-affectif et langagier (âge des premières acquisitions, retard, stagnation ou régression, autonomie)
- Éléments relatifs aux grandes fonctions : sommeil (difficultés d'endormissement, terreurs nocturnes ou cauchemars fréquents, énurésie nocturne...) et alimentation (diversification alimentaire compliquée, forçage alimentaire, déroulement des repas, lubies alimentaires, etc...)
- Renseignements sur le trouble (date et mode d'apparition, évolution, périodes de disfluences et leurs variations, réactions de l'entourage et de l'enfant face à ses bégayages, antécédents familiaux, etc...)
- Éléments portant sur les conditions de vie, l'éducation, les habitudes familiales, etc... (fratrie, rythme à la maison, exigences parentales, etc...) (Simon,1999)

4.3. Le bilan orthophonique

Ce bilan permet d'établir le profil langagier et se base sur des bilans standardisés correspondant à l'âge de l'enfant mais aussi sur une observation clinique. Il doit évaluer : la voix, l'articulation, la parole et le langage (en réception et en production). L'évaluation porte également sur les capacités rythmiques, l'évocation lexicale, la mémoire de travail et l'attention.

Enfin, la communication non verbale est également un point fondamental à apprécier et les disfluences sont analysées précisément à partir d'un corpus : types, fréquences, position dans les mots. (Simon, 1999)

4.3.1. Le diagnostic orthophonique

Après avoir analysé les facteurs de risque mais aussi la sévérité, la fréquence et les types de disfluences, l'orthophoniste évalue si l'enfant est « à risque de devenir bègue » et indique une prise en charge. Comme nous l'avons déjà précisé, nous ne disposons pas de grille de chronicisation suffisamment solide pour le moment c'est pourquoi nous prenons en charge l'enfant dans tous les cas, même si son suivi sera moins long ou plus espacé. (Simon, 1999)

4.4. La guidance parentale (ou accompagnement parental) : dispositif de Prévention)

La guidance parentale est une intervention indirecte dans le sens où nous n'agissons pas directement sur le bégaiement. Elle s'adresse à l'enfant dysfluant de 2 ans à 4 ans et demi et consiste en un accompagnement parental selon deux modalités :

-Une première rencontre suivie de contacts téléphoniques réguliers si l'évolution du trouble est favorable.

-Une prise en charge orthophonique de l'enfant si un retard de parole ou un retard de langage est associé aux dysfluences ou bien, si les parents ont besoin d'être accompagnés par le thérapeute pour « apprendre » à mettre en place avec leur enfant des modalités relationnelles propices à la disparition du trouble. (Simon, 2004).

Cette prise en charge repose et porte sur les parents (non pas sur l'enfant) et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'enfant jeune n'a pas les capacités attentionnelles suffisantes pour rester concentré durant toute une séance de rééducation. Par ailleurs, comme l'écrit BIJEVELD (1992) : « pour un enfant de 4 ou 5 ans, la famille constitue le cadre dans lequel il grandit et par rapport auquel il se définit. Ce cadre lui sert de référence pour comprendre le Monde et l'influence donc sérieusement. » La famille est un système dynamique modulable par des interactions que nous choisissons de réajuster.

Les objectifs de cette guidance parentale se situent à 3 niveaux :

-Informers les parents sur le bégaiement (facteurs prédisposants, précipitants et pérennisant ou passage à la chronicité)

Comprendre et analyser ensemble les facteurs influençant le bégaiement de leur enfant.

-Dépasser le sentiment de culpabilité (ou autres sentiments négatifs) en vue de Devenir des acteurs du changement.

Les axes de changement sont variables d'une famille à l'autre puisque les facteurs favorisants (facteurs environnementaux) ne sont pas nécessairement les mêmes. En général, ils portent sur la communication et les diverses pressions exercées sur l'enfant. Simon (1999) cite les points suivants concernant la communication :

-Veiller à ses propres réactions lorsque l'enfant bégaié

-Être un interlocuteur actif (il s'agit avant tout s'intéresser au contenu et non à la forme de ce qui est dit. Par exemple, la proposition d'un mot lorsque la parole accroche permet de relancer la communication).

-Adopter un langage adapté.

-Désinvestir le langage et augmenter la communication non verbale.

Concernant les pressions exercées sur l'enfant, elles se situent à deux niveaux : les exigences parentales (éducatives et pédagogiques) et la pression temporelle. (Simon,1999)

5.L'approche théorique de la prise en charge du bégaiement

Beaucoup de théories ont été proposées pour prendre en charge le bégaiement, dans notre recherche nous avons adoptées la théorie de François le Huche des Six distorsions fondamentales de la parole bègue.

Elle est élaborée à partir des années 60 et 70, avec le concours d'un certain nombre d'orthophonistes se référant régulièrement dans leur pratique rééducative, à cette option réparation.

Cette "théorie" ne prétend pas, répondre définitivement au problème de l'origine du bégaiement. Elle se fonde avant tout sur le repérage systématique des altérations, ou plus exactement des distorsions, de l'acte de parole, produites par les réactions physiques, (l'effort de parole), articulatoires, neuropsychologiques et

relationnelles du sujet, vis à vis de difficultés - au départ banales - de sa parole. D'autre part, contrairement à la plupart des méthodes actuellement en vogue, le traitement rééducatif ici proposé, n'envisage pas l'apprentissage de techniques de fluence à mettre en œuvre au moment de l'usage de la parole. Il s'emploie délibérément en revanche, à préserver ou à réinstaller, les automatismes naturels d'une parole normale ...dont la "fluence" remarquons le, n'a rien d'obligatoire, dans la conversation ordinaire ! (Le Huche,2001)

6.les principes de rééducation selon la théorie de François le huche :

6.1. L'acquisition de la maitrise de la Gestion de la Tension Psychomotrice (GTPM)

Deux exercices intitulés la Pompe à balancier et le Tour du corps sont pratiqués en position couchée. Leur objectif est l'obtention rapide d'un état de relaxation corporelle. Mais cette relaxation est obtenue non pas de manière passive, grâce par exemple, à la seule évocation de pensées apaisantes, mais de façon active, au moyen de mobilisations successives soigneusement localisées membre par membre, associées à un contrôle rigoureux du geste respiratoire. La pratique régulière de l'un ou l'autre de ces deux exercices, facilite le retour du réflexe normal de décontraction des organes de l'articulation de la parole au moment des difficultés rencontrées dans la parole conversationnelle ordinaire. Cette pratique au départ quotidienne, favorise grandement la correction la première distorsion fondamentale de la parole bègue.

6.2. La maitrise du souffle abdominal

Le souffle abdominal est celui qui intervient normalement lors de la voix implicatrice, celle qui, contrairement à la voix d'expression simple, a pour but d'agir délibérément sur l'interlocuteur ou l'auditoire, par des propos censés concerner directement ceux à qui elle s'adresse Dans la parole bègue, c'est plutôt le souffle vertébral qui intervient. Ce souffle est celui de la voix d'insistance (parfaitement physiologique !) ...et aussi celui de l'effort de parole (qui l'est moins

!). Il est caractérisé par le fléchissement du haut du dos et la projection du visage vers l'avant. Les deux exercices qui vont être proposés ont pour but de donner à la PSB la maîtrise du souffle abdominal ...en lui permettant ainsi de se libérer plus facilement de l'effort de parole. (Le Huche,2002)

6.3. La réincarnation de la parole et la phonétique

Des exercices proposés ont pour but de se familiariser avec les trois organes principaux de l'articulation de la parole : la langue, les lèvres, la mâchoire, en devenant capable de manipuler chacun d'eux avec précision indépendamment des deux autres. Ils se pratiquent en position assise, accoudé à une table face à un miroir assez large pour permettre au patient et à l'orthophoniste de pouvoir, s'y observer mutuellement, côte à côte ! (Le Huche, 1998, P.159)

6.4. Maîtrise de la mécanique articulatoire

L'étape suivante—et c'est bien dans cet 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 certaines circonstances où la parole a jailli spontanément et comme par surprise. (Le Huche, f, 1998, P.154-158).

Les exercices articulatoires où l'articulation de la parole prend corps, sous le regard de soi-même et de l'orthophoniste sont particulièrement intéressants. Ils permettent entre autres choses de remettre en place la Précession Articulatoire des Voyelles (PAV), ce qui permet de régler assez rapidement, rappelons-le, le problème si angoissant des “mots craints”.

6.5.les exercices vocaux :

Les exercices vocaux sont d'une grande importance, et cette importance n'appartient pas à son lui-même, mais à d'autres choses telles que :

-Relaxation des muscles de la gorge, du cou, du visage, des épaules, de la cage thoracique, des bras et des mains..... etc.

-Renforcement des muscles respiratoires et vocaux, en particulier dans le larynx et le pharynx.

-Améliorer la qualité de la respiration acoustique.

-Liaison de l'expiration, de la production acoustique d'un mouvement simple et harmonieux sans stress, ou de gaspillage d'énergie. -Faire des principes de nouveaux mécanismes un mécanisme pour s'installer définitivement dans le patient. (Le Huche,2002)

6.6. Les principes des exercices centrés sur le contact avec l'interlocuteur et sur l'élaboration de l'OREV (objet référentiel de l'échange verbal)

Les exercices sont abordés le plus souvent qu'après quelques mois de rééducation, à un moment où la pratique des premiers exercices est déjà bien au point. L'entraînement aux exercices en position couchée a amené le patient à une saine Gestion de sa Tension Psychomotrice (GTPM).

En séance, ce patient n'a plus guère de problème dans la maîtrise de son souffle ni dans la technique vocale. La phonétique est un domaine qui lui est devenu familier, et une articulation en toute point normale est devenue possible dans la lecture de courtes phrases à des rythmes variés, ainsi qu'au ralenti devant un miroir ...Il est devenu capable, de lire en séance un texte avec une certaine aisance, qu'il s'agisse de le chanter en psalmodie ou de le dire normalement de façon vivante et juste.

Dans un autre ordre d'idée, la signification de son bégaiement est maintenant bien connue de lui. Il a fini par admettre (quel soulagement !), que son bégaiement est

tout simplement né des efforts faits par lui quand il avait trois ans, pour faire sortir les mots qui avaient du mal à passer. Il a bien compris qu'il est contreproductif d'essayer de cacher ce bégaiement et qu'accepter l'intervention d'autrui dans sa parole est tout bénéfique pour lui. Il s'ensuit que bien des progrès ont été réalisés dans sa parole courante.

Cependant, lorsque dans certaines circonstances la tension monte dans son appareil articulatoire, cela le pousse encore parfois, à passer en force à travers les bégayages, là où tout le monde au contraire comme il le sait pourtant fort bien, lâche du lest automatiquement.

Ce qui lui manque encore au moment où sa parole présente, comme cela arrive à tout le monde en cas de difficultés, quelques bégayages, c'est le recentrage automatique et prioritaire de sa parole sur l'effet produit sur l'interlocuteur par ce que cette parole a à lui dire.

La pratique de ces exercices (ou seulement de certains d'entre eux), vont permettre au patient, de construire solidement ce réflexe fondamental de "recentrage sur l'autre" de sa parole implicatrice, lorsque celle-ci est plus ou moins en difficulté.

Ces exercices - on l'aura sans doute bien compris - ne sont pas du tout orientés vers le contrôle ou la disparition des bégayages, mais vers l'automatisation de ce réflexe de recentrage particulier, rouage capital de la parole normale, qui s'inscrit dans la relation d'altérité, et plus précisément dans la façon de vivre la pensée et le ressenti de l'autre – interlocuteur ou auditoire – lors de la parole implicatrice qui lui est adressée.

Le bégaiement disparaît régulièrement, comme par miracle, quand ce recentrage prend le dessus. (Le Huche,2000)

7. Les techniques utilisées par cette approche théorique :

7.1. La pompe à balancier

En traversant certains champs pétroliers (assez rares en France !), on peut rencontrer parfois des troupeaux d'étranges machines, faites d'un grand pylône métallique au sommet duquel s'accroche un bras horizontal, qui, d'un mouvement alternatif d'inclinaison et de redressement, fait monter à la surface, le pétrole qui gît à quelques centaines de mètres sous terre. C'est ce mouvement assez impressionnant qui a donné son nom à cet exercice.

L'exercice de la pompe à balancier comporte quatre temps, et chacun d'eux, qui dure 3, 4 ou 5 secondes, porte le nom de l'une des quatre saisons. En voici le mode d'emploi :

-Couché sur le dos, sur un tapis de sol, vous vous adaptez pendant une ou deux dizaines de secondes à la position horizontale : bras allongés le long du corps ; genoux détendus ; pointes des pieds retombants chacune de son côté ; les yeux ouverts, ou les yeux fermés, à votre goût.

-Après un large soupir nasal apaisant, vous faites une pause respiratoire de trois à cinq secondes : C'est l'hiver.

-D'un geste souple, vous élevez ensuite, tranquillement (en 3 à 5 secondes), vos bras à la verticale, tout en inspirant en même temps, par le nez : C'est le printemps.

-Vous maintenez pendant le même temps, vos bras dans cette position haute, tout en gardant l'air dans vos poumons, sans fermer la glotte : C'est l'été.

-Vous abaissez maintenant vos bras tranquillement, tout en expirant par le nez : C'est l'automne...

-Vous laissez vos bras posés (3 à 5 secondes), sans respirer, glotte ouverte : C'est à nouveau l'hiver.

-Vous repartez ensuite dans ces quatre saisons, pour deux autres “années”, avant de reprendre enfin, une respiration naturelle pendant une demie minute, au moins. Vous pouvez ensuite reprendre ce cycle de trois “années” une, deux ou trois fois, si vous en éprouvez le besoin.

-Dans cet exercice, vous devez veiller à ce que votre respiration et le mouvement de vos bras se déroulent tout à fait parallèlement, comme si c’était ce mouvement de vos bras qui réglait le mouvement de l’air, tant à l’inspiration (printemps) qu’à l’expiration (automne). - Vous devez également chercher à comparer attentivement, le confort obtenu pour chaque saison, avec celui obtenu lors de la saison opposée : « Suis-je plus à l’aise lors de l’été, avec les bras en l’air, ou en hiver avec les bras reposés ? » - « Monter mes bras lors du printemps est-il plus agréable, ou moins agréable que de les faire descendre pendant l’automne ? »

-En recherchant l’aisance du mouvement de vos bras et en jouant sur la durée relative des saisons, vous tâcherez d’être “à l’aise en toutes saisons”, raccourcissant plus ou moins l’une, aux dépens des autres, à la demande.

-Vous serez aidé dans cette recherche, par la représentation mentale d’images illustrant telle ou telle saison, à prolonger plus ou moins, en faisant éventuellement appel à quelques souvenirs de vacances à la campagne, à la montagne, ou à la mer.

En résumé : - Je lève les bras en inspirant : Plus ou moins vite, ...ou plus ou moins lentement. - J’attends un peu : Plus ou moins longtemps. - Je les repose en expirant. : Plus vite ...ou plus lentement. - J’attends à nouveau : Plus ou moins longtemps. - Et ainsi de suite. ...Un point, c’est tout ! (Le Huche, f, 1998)

7.2. Le tour du corps

(Précédemment nommé Relaxation les Yeux Ouverts (RYO) : Ce judicieux changement de nom a été proposé par Nathalie Florentin de Montgolfier, orthophoniste)

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 :

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 sert 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)

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 [chu 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 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).

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).

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).

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).

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)

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).

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).

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).

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)

7.3. Le seau magique de l'apprenti sorcier

L'histoire est bien connue, de cet apprenti sorcier qui connaît la formule magique à employer pour remplir un seau d'eau, sans avoir besoin d'aller à la rivière, mais qui a oublié celle qui permet d'arrêter ce remplissage. Dès que le seau est rempli, le pauvre garçon le vide rageusement mais hélas, il se remplit implacablement, à nouveau, sans délai !

Mode d'emploi : - Couché(e) sur le dos, mon ventre se gonfle doucement en une ou deux secondes, en même temps qu'un peu d'air entre par ma bouche avec un petit bruit de [f à l'envers]. (Le seau se remplit).

-J'attends pendant quelques secondes, ventre légèrement gonflé et mou au toucher, la glotte restant ouverte. - Je rentre mon ventre d'un franc mouvement progressif,

déclenchant un violent bruit de souffle (le seau d'eau est vidé violement) qui s'arrête net au bout d'une seconde

-J'attends, ventre serré et dur au toucher pendant une ou deux secondes.

-Je relâche doucement mon ventre qui spontanément se regonfle tranquillement avec un bruit de [f à l'envers] (le seau se remplit à nouveau).

C'est le début d'un deuxième cycle respiratoire.

Après un troisième ou un quatrième cycle, on peut faire une pause pour se remettre à l'aise et faire le point, avant de repartir pour deux ou trois autres séries de trois ou quatre cycles, séparées par des pauses.

C'est ensuite la respiration normale qui revient, entrecoupée si nécessaire, de quelques soupirs.

7.4. Le souffle du sagittaire

-Debout, bien redressé(e) et respirant tranquillement, j'imagine devant moi, la mer, et au loin sur cette mer, un bateau prêt à partir vers la droite.

-L'attention portée à ce bateau imaginaire à construire, est essentielle. Ce bateau est en effet à considérer comme une personne avec laquelle il s'agit d'entrer en relation afin de la faire agir.

-Cette relation doit être vécue de façon authentique. Cela ne pose aucun problème lorsqu'on est un jeune enfant, mais pour un enfant, cet appel à l'imagination créatrice peut demander qu'on y consacre un certain temps ! C'est seulement à partir du moment où l'on croit vraiment à une action possible sur ce "bateau imaginé", que le corps se verticalise naturellement.

-Et ce n'est pas uniquement le regard oculaire, mais aussi l'orientation du visage (le regard facial) et le regard pectoral qui se placent alors d'une manière convaincante.

-Si l'on sait que la parole implicatrice prend son ancrage dans l'attention à l'effet produit

-Ou à produire - dans la conscience de l'interlocuteur, on comprend tout l'intérêt si l'on souffre de bégaiement, d'une exécution bien sentie de cet exercice.

-Faisant face à ce "bateau imaginé" mais bien vivant, je fais un soupir afin de mieux m'installer dans ma verticalité.

-Série de trois bruits de souffle successifs assez brefs qui s'arrêtent "nets" ! : (chCH !...chCH !...chCH !), séparés l'un de l'autre par un temps d'une ou deux secondes environ.

-Ces bruits de souffle sont produits grâce à un bref et discret serrage de ma paroi abdominale. - Après chacune de ces trois émissions, un peu d'air est repris spontanément et silencieusement à l'arrêt de ce serrage abdominal, sans perdre pour autant, ni le contact avec le bateau imaginé, ni la verticalité de l'attitude corporelle.

-Mon thorax ne s'affaisse pas au moment du bruit ; il donne au contraire l'impression d'être légèrement soulevé par la poussée du souffle abdominal, comme pour activer sans effort le regard pectoral. - Mon visage ne doit surtout pas se déplacer vers l'avant au moment du souffle. Il aurait plutôt tendance à reculer, comme si le souffle s'appuyait sur lui.

-Ma bouche reste entrouverte durant tout le temps de l'exercice. Elle n'est le siège d'aucun mouvement articulaire. - Tout en restant bref, le bruit de chaque émission commence avec douceur et se termine un peu sèchement, comme celui d'une flèche qui se fiche.

-Plusieurs séries de trois souffles sont exécutés en revenant entre chacune d'elles à une respiration naturelle pendant quelques secondes, tout en gardant l'attitude verticale et le regard en face, comme dans l'attente d'un message de retour provenant du bateau.

-L'intensité de ce bruit peut varier d'une série à l'autre : assez puissante éventuellement, presque inaudible dans la série suivante, sans donner pour autant l'impression d'une efficacité moindre, dans la mesure où les regards oculaire, facial, et pectoral sont tous les trois orientés vers la même cible.

-L'ensemble doit donner l'impression d'un geste naturel, discret, facile, dynamique, et ce qui résume tout : crédible ! (Le Huche, f,2002, P.130)

7.5. Les battements de langue

-On commence par tirer la langue bien droite et pointue hors de la bouche grand-ouverte sans effort.

-On imprime ensuite à sa langue une série de mouvements de trois battements qui vont d'un coin de la bouche à l'autre.

-Après chaque triple battement, on marque une pause d'une ou plusieurs secondes pendant laquelle la langue se trouve à chaque fois bloquée dans la commissure labiale opposée, avant de reprendre le triple battement suivant.

-La langue ne doit surtout pas lécher les lèvres en passant d'un côté à l'autre de la bouche.

-Le menton quant à lui, doit rester absolument immobile, la mâchoire restant totalement détendue. - Ce mouvement de trois battements, lent au début de l'entraînement doit peu à peu devenir aussi rapide que possible... sans contrevenir pour autant, aux deux obligations précédentes. ...Tout le problème est là !

-La pause qui suit chaque triple battement, doit toujours durer au moins deux secondes, dans l'immobilité parfaite.

-Ce cycle sera reproduit cinq ou six fois. Après un temps de repos, l'exercice pourra être repris deux ou trois fois ...en tâchant de faire de mieux en mieux !

Une formule résumant bien cet exercice est la suivante :

Langue : Droite - gauche - droite – arrêt. Gauche - droite - gauche – arrêt.

-Bien tirée.

-Sans lécher.

-Sans menton.

7.6. Langue de chat / langue de rat

Le chat a une langue plate. Le rat a une langue pointue.

Il s'agit de tirer la langue alternativement selon le style chat et selon le style rat, en refermant la bouche à chaque fois.

-La bouche doit s'ouvrir largement et de la même façon pour les deux styles de langue. - Attention à ne pas faire une bouche arrondie pour la langue de rat !

-Pour la langue de chat, un contact avec la lèvre inférieure est acceptable.

-La langue ne doit toucher les lèvres à aucun moment pour la langue de rat.

-Il convient dans cet exercice, d'éviter soigneusement toute crispation, toute grimace, toute hâte. (Le Huche,2000)

7.7. La tondeuse de coiffeur

Cet exercice comporte six temps.

-Premier temps (passif) Bouche fermée, mais sans serrer les dents, pensez à votre langue et demandez-vous si elle est bien dans son lit, c'est-à-dire la pointe mollement appuyée derrière les dents du bas, son dos non collé au palais : "Il y a de la place entre la face supérieure de la langue et la voûte palatine".

-Deuxième temps (actif). Ouvrez la bouche. Si votre langue était par erreur collée au palais, vous entendez alors un petit bruit, caractéristique de ce décollement. (À éviter la prochaine fois !).

-Troisième temps (passif). Contrôlez dans la glace que votre langue est bien en place : elle ne doit pas reculer dans le fond de la bouche, ni s'agiter. Assurez-vous également que la respiration se fait désormais par la bouche.

-Quatrième temps (actif). Faites cinq ou six mouvements rapidement enchaînés de déplacement latéral de la mâchoire, comme s'il s'agissait de la lame inférieure d'une tondeuse d'un coiffeur à l'ancienne.

-Cinquième temps (passif). Vérifier que votre langue dort toujours.

-Sixième temps (actif). Fermez la bouche tranquillement avant de faire un nouvel essai. (Le Huche,2000)

7.8. Les trisyllabes pluri-vocaliques

-Patient et orthophoniste, sont assis côte à côte accoudés à une table sur laquelle est posé comme pour les exercices dits "de mâchoire langue", un large miroir, où la PSB peut observer les mouvements de la bouche de l'orthophoniste, puis ceux de sa propre bouche lors de ses essais d'une imitation aussi parfaite que possible.

-L'orthophoniste émet des séries de trois syllabes simplement enchaînées composées chacune par une même consonne suivie de l'une ou l'autre des trois voyelles fondamentales [i], [ou], [a], présentes dans toutes les langues humaines, et même dans celle des chats !

-Le patient est invité à répéter chaque émission trisyllabique, en tâchant d'imiter du mieux possible, la façon de faire de l'orthophoniste chez qui l'articulation de la voyelle est, naturellement, mise en place sur ses lèvres, avant l'émission de la consonne qui la précède.

-Cela pourra donner :

Orthophoniste / Patient

Pi pou pa / pi pou pa

Ta ti tou / ta ti tou

Chou cha chi / chou cha chi

Kou ki ka.../...kou ki ka

Bra bri brou.../...bra bri brou

L'orthophoniste insistera sur le fait que la voyelle de la première syllabe se met en place pendant l'élan inspiratoire qui précède chaque émission trisyllabique

On commencera par une exécution très ralentie, en vérifiant méticuleusement, la mise en place correcte de la P.A.V. Par la suite, on s'amusera à faire varier l'émission de toutes les façons possibles : Plus aiguë /plus grave. -Plus rapide /plus lente. Douce /violente - Ironique /interrogative... en continuant à surveiller attentivement la correction de la P.A.V. (Le Huche,2000)

7.9. Les mots en bouche

-L'orthophoniste montre d'abord au patient un fragment de quelques mots d'un texte quelconque à transcrire éventuellement en écriture phonétique.

-Face au miroir, elle s'emploie ensuite pendant quelques secondes à détendre son visage afin de le mettre en état de neutralité expressive, les lèvres restant légèrement entrouvertes.

-Elle articule ensuite ces quelques mots avec la plus extrême lenteur, tout en contrôlant dans le miroir, qu'elle respecte au ralenti, non seulement la PAV, mais aussi l'exact mouvement de la parole naturelle, tel qu'il pourrait apparaître au ralenti cinématographique.

-Le patient qui a observé attentivement dans le miroir le geste articulatoire de l'orthophoniste est alors prié de le reproduire à son tour face au miroir aussi exactement que possible, afin de retrouver ce geste dans sa propre bouche ...non sans avoir d'abord lui aussi détendu son visage.

-On repère ensemble les différences, que l'on corrige joyeusement, en reprenant plusieurs fois le même fragment de texte, avant d'en aborder de la même façon, trois ou quatre nouveaux fragments, les regards passant alternativement, d'une bouche à l'autre, à la manière réjouissante des jeux enfantins.

-Cet exercice, qui est particulièrement utile pour remettre en place la coarticulation normale des phonèmes, a aussi l'intérêt de réduire les inhibitions que le patient peut présenter - ce n'est pas rare - vis-à-vis du regard en face des visages... Du sien comme de celui de l'Autre.

7.10. Lecture “recto-tono”

Cet exercice consiste à chanter debout, phrase par phrase ou plutôt rhèse par rhèse, un texte sur une note unique (recto-tono), chaque rhèse étant attaquée “légèrement par en dessous”, comme cela se pratique souvent dans la psalmodie religieuse.

-L'orthophoniste chante chaque rhèse, que le sujet reprend à son tour “après un petit temps”, en se laissant aller systématiquement à une imitation aussi fidèle que possible.

-L'attitude naturelle de la voix implicatrice doit être prise avec soin : / Verticalité. / Attention orientée vers l'espace. / Libre gestualité.

-L'élan inspiratoire - abdominal - doit garder le caractère discret d'un élan naturel au service de la rhèse à chanter.

-L'articulation précise et bien liée, doit respecter le rythme naturel des mots et en particulier les allongements vocaliques normalement présents dans le texte lorsqu'il est parlé. Autrement dit, le rythme devra rester vivant et ne pas devenir “métronomique”.

-Le texte en somme – cela résume tout ce qui précède – doit être chanté de manière convaincante.

-Être attentif et sensible au contenu du texte, permettra à ce recto-tono d'être automatiquement soutenu par une pulsion phonatoire naturelle.

-À la maison, une bonne façon d'arriver à une expressivité authentique consiste à se dire le texte à soi-même, devant une grande glace, en se plaçant face à celle-ci, ou de trois quarts par rapport à elle, en soutenant sa conviction par des gestes de la main, adressés à ce partenaire imaginaire qui vit de l'autre côté du miroir, dans l'intention de lui faire entendre sans emphase, ce que le texte dit. (F. Le Huche et A. Allali)

7.11. Le dessin dicté :

Où l'orthophoniste donne à voir l'effet en elle, de la parole du patient.

Le patient est d'abord prié de réaliser "secrètement" sur une feuille de papier, en moins d'une minute, un dessin "figuratif" ...ou "géométrique", relativement simple, pour commencer !

Sa tâche consistera ensuite à faire réaliser ce même dessin par l'orthophoniste, en lui donnant toutes les indications qu'il jugera nécessaires pour cela.

-Patient et orthophoniste peuvent être assis à l'angle d'une table, de telle façon que le patient se trouve placé face au profil gauche de l'orthophoniste droitère ...ou à son profil droit dans le cas contraire.

-Le patient peut aussi se placer debout derrière l'orthophoniste assise à la table. - L'orthophoniste qui ne doit pas avoir vu le dessin, dispose d'une feuille de papier, d'un crayon et d'une gomme.

-Elle s'efforce de réaliser avec la plus grande exactitude possible, le dessin qui lui est "dicté" par le patient, sans manifester quoi que ce soit lorsqu'elle ne saisit pas bien ce que ce patient lui dit : Elle reste en l'occurrence, totalement muette, autant de parole que de geste.

-Elle s'abstient même ce qui serait pourtant bien naturel à cette occasion, de tourner le visage vers le patient : Son regard reste fixé sur la feuille, imperturbablement.

-Quand elle croit comprendre ce qu'elle doit dessiner, elle dessine. Quand elle ne comprend pas parfaitement, elle attend immobile d'éventuelles indications complémentaires pendant quelques secondes, avant de reprendre "à son idée" si aucune indication ne vient.

-Le patient qui voit dessiner l'orthophoniste, a le droit de dire tout ce qui lui semble utile à la réalisation la plus exacte que possible de son dessin. S'il s'agit d'un dessin figuratif, il a tout à fait intérêt par exemple, à dire ce que cela représente.

-Il a évidemment le droit et même le devoir, de faire effacer ce qui ne va pas et d'indiquer toutes les rectifications indispensables, en s'abstenant toutefois de tenter de les montrer du doigt ou de s'exprimer par geste.

-Le patient devra être sûr que l'orthophoniste fait vraiment le maximum pour comprendre ce qu'elle doit dessiner, et qu'elle ne fait en aucun cas, semblant de ne pas comprendre, sous prétexte que ce serait mal dit ou trop confus !

-Ce dessin dicté n'est pas du tout, d'un exercice de correction du français, ou de précision du vocabulaire, mais un exercice d'adaptation à l'effet produit par la parole dans l'esprit de l'interlocuteur, ce qui est bien différent !

-Le temps d'exécution ne doit pas dépasser dix minutes, après quoi patient et orthophoniste comparent ensemble les deux dessins et leurs éventuelles différences... qui, de séance en séance, et de dessin en dessin, s'amenuiseront progressivement, jusqu'à ce que, le dessin du patient et celui de l'orthophoniste deviennent (cela arrive !), quasiment superposables !

-Patient et orthophoniste apprécieront non seulement l'exactitude de la reproduction, mais également le climat dans lequel se sera déroulée cette co-

production audio-visuelle : tâche ennuyeuse et rébarbative ...ou réalisation conviviale et chaleureuse, résultant du souci du “dicteur” de faciliter au maximum le travail du “dessinateur” en rendant ainsi ce jeu, aussi plaisant que possible.

-L'écoute éventuelle de l'enregistrement de la dictée sera riche d'enseignements à ce sujet. -Patient et orthophoniste – c'est essentiel – changeront de rôle d'une séance à l'autre, devenant chacun à son tour celui ou celle qui dicte le dessin ou celui ou celle qui dessine sous la dictée. (Le Huche,2000)

7.12. Le lego dicté

L'exercice du lego dicté se rapproche beaucoup de celui du dessin dicté. Il pourrait d'ailleurs le précéder dans le cursus rééducatif. Il partage avec lui le même objectif. Le lego dicté nécessite de disposer de deux boîtes contenant quelques dizaines de pièces de lego aussi variées que possible. On doit trouver en même quantité, exactement les mêmes pièces dans chacune de ces deux boîtes.

-Le patient et l'orthophoniste sont assis à une table en face à face, et le contenu de chaque boîte est versé en un tas, devant chacun d'eux.

-Un écran formé éventuellement par les deux boîtes vides – si elles sont suffisamment hautes – est placé entre les deux tas, pour soustraire ceux-ci au regard du vis-à-vis.

-Le patient est alors prié de fabriquer à sa fantaisie, un objet à partir d'un certain nombre des pièces ainsi mises à sa disposition, objet qui ne doit être ni vu, ni même entrevu, par l'orthophoniste.

-Il tâche ensuite de faire réaliser le même objet par l'orthophoniste, en lui donnant toutes les indications nécessaires pour cela, y compris le nom de l'objet et celui des pièces qui le constituent.

-Il doit impérativement s'abstenir de tout geste indicatif ou expressif.

-L'orthophoniste s'arrange pour que le patient puisse observer librement tous ses essais de construction mais, il s'abstient de toute demande d'information de tout commentaire et pour tout dire, de toute parole.

-Comme dans le dessin dicté, les rôles devront être intervertis d'une séance à l'autre. - L'écoute de l'enregistrement pourra être riche d'enseignements. (Le Huche,2000)

7.13. Le jeu des signifiants :

Où le patient entend, découvre et ressent l'effet "en lui-même" de sa propre parole: "S'entendre dire" Cet exercice a pour but d'amener le patient à s'intéresser à l'effet produit en lui-même par le texte, avant de prendre conscience de l'effet qu'il peut produire en l'autre.

Trois ou quatre textes, de moins d'une page dactylographiée, sont disposés sur une table. Ces textes en vers ou en prose, font partie d'un stock, recueilli pour cet usage dans la littérature par l'orthophoniste. Des textes qu'elle aime.

Ces trois ou quatre textes de styles variés sont proposés au patient en tant qu'instruments de travail, mais ils prendront bien souvent une signification de cadeaux longuement appréciés !

-Le patient est prié de parcourir des yeux ces trois ou quatre textes, puis de choisir l'un d'eux pour le lire à haute voix, comme c'est le cas dans la pratique de l'Expression Scénique, mais en position debout.

-Après cette lecture, l'orthophoniste pose au patient la question suivante : « A quel endroit de votre lecture, vous êtes-vous senti le plus proche de ce texte ? ». Où : « Quel est le mot, la phrase ou le "bout de phrase" auquel vous avez été le plus sensible ? ».

-Après réponse du patient, l'orthophoniste lui propose de répéter ce mot, cette phrase ou ce "bout de phrase", trois ou quatre fois de suite, en laissant un court

instant entre chaque répétition, en vue d'entendre si ce qu'il dit sonne vrai, tant pour lui-même que pour les autres.

Lors des premiers essais cela peut donner l'impression d'un disque rayé reproduisant à l'infini la même forme. Peu à peu cependant, et lors d'essais sur d'autres "bouts de phrase", cette répétition d'une même forme fait venir à elle le contenu qui lui est attaché, et c'est un moment d'émotion parfois très intense qui s'exprime, émotion reconnue par le patient, et partagé inévitablement avec l'orthophoniste.

Parfois à l'inverse, le patient cherche délibérément à prendre un ton différent pour chaque répétition. Il convient alors de lui indiquer que c'est une erreur de faire ainsi, dans la mesure où dans cet exercice il ne s'agit pas de s'écouter parler ("Comment ai-je dit cela ?") en expérimentant divers tons, mais de s'entendre dire : « Que dit à moi-même, ce que je viens d'énoncer et qui résonne dans l'espace environnant ? ».

-Parfois il sera bon de modifier légèrement le "bout de phrase" choisi, pour que, bien que sorti du contexte, ce "bout de phrase" puisse être dit avec facilité de façon crédible et convaincante.

-L'orthophoniste pourra aider le patient en lui faisant part de son propre ressenti, en lui disant en particulier si elle est sensible ou non à ce qui s'énonce, ou en faisant un commentaire, comme dans l'exercice suivant, le texte à sous-texte.

-Elle peut également amener le patient à "jouer avec les espaces", en lui proposant de se faire entendre d'abord dans un espace aussi réduit que possible autour de sa personne 50 puis d'élargir progressivement cet espace, de répétition en répétition, vers un maximum possible, tout en continuant à être attentif à l'écho qui lui revient de chaque espace, après chaque émission, en notant qu'il n'est pas dans ce cas question de dire de plus en plus fort, mais de remplir de plus en plus d'espace et d'en ressentir la juste résonance. (Le Huche,2000)

7.14. Le texte à sous-texte :

Où l'orthophoniste donne à entendre l'effet en elle de la parole de l'autre. Comme pour le jeu des signifiants, trois ou quatre textes de moins d'une page en vers ou en prose – recueillis dans la littérature par l'orthophoniste en fonction de ses propres préférences – sont disposés sur une table.

-Le patient, est invité là encore, à parcourir des yeux les textes proposés et à choisir l'un d'eux, qu'il devra lire ensuite debout à haute voix à un auditoire fictif placé face à lui à quelques mètres de distance.

-Le nombre de personnes constituant cet "auditoire imaginé" est à définir avec l'orthophoniste.

-L'orthophoniste restant assise, se place latéralement à une certaine distance, face au profil du patient.

-Elle indique au patient qu'elle profitera parfois des pauses entre les phrases lues, pour redire "comme pour elle-même" les derniers mots entendus, et qu'elle se permettra même éventuellement d'ajouter quelques commentaires concernant les réflexions, les images ou les sentiments qui lui auront été suggérés par le texte.

-Lorsque l'orthophoniste s'exprime ainsi, le patient devra obligatoirement interrompre momentanément sa lecture, tout en restant cependant physiquement en contact avec l'auditoire fictif, regard maintenu en face

Après discussion, l'écoute finit toujours cependant par s'imposer et le patient constate que dès lors, le texte se met à lui parler d'une manière beaucoup plus intéressante, plus prenante et plus authentiquement naturelle ! C'est comme une porte qui s'ouvre ainsi, grâce à "l'intervention de l'Autre imaginé", vers une lecture aisée, expressive et parfois très émouvante. (Le Huche,2000)

7.15. La créativité de l'image :

Où l'on joue avec l'interaction réciproque des effets de la parole de chacun, dans l'autre.

Ce dernier exercice correspond à une situation de parole tout à fait courante où les deux partenaires d'un échange s'impliquent l'un et l'autre dans la construction commune d'un O.R.E.V. (Objet Référentiel de l'Echange Verbal)

-Le patient confortablement assis, est prié de choisir "secrètement" dans un magazine, une image à sa convenance, et de l'examiner attentivement.

-L'orthophoniste est également assise confortablement face au patient à deux mètres environ de lui, elle ne doit pas avoir vu l'image qu'examine le patient.

-La tâche du patient consiste ensuite à permettre à l'orthophoniste de se faire une idée aussi exacte et aussi complète que possible de l'image en question, en donnant à celle-ci toutes les indications qui lui semblent nécessaires pour cela.

-Il lui est expressément demandé cependant, de s'abstenir de parler au moment où il examine l'image.

-En revanche il a le droit de revenir silencieusement à cette image aussi souvent qu'il le souhaite pour l'analyser à nouveau avec attention.

-Dès qu'il commence à parler, il doit donc relever contre lui le magazine afin de cacher l'image à ses propres yeux, autant qu'à ceux de l'orthophoniste. Il doit désormais regarder celle-ci, jusqu'au moment d'un nouveau regard vers l'image, jugé par lui nécessaire.

-L'orthophoniste peut poser au patient toutes les questions qu'il souhaite, mais le patient ne doit pas les attendre : C'est à lui, patient, de prendre l'initiative de l'opération.

-Arrive un moment où l'orthophoniste indique qu'elle a vraiment l'impression d'avoir dans la tête une image pratiquement semblable à celle qui figure dans le magazine. Ceci, même si l'expérience lui dit que c'est certainement pour une bonne part, une illusion.

-Parallèlement le patient a quant à lui, et en général au même moment, la certitude que son interlocutrice a bien dans la tête cette même image.

-Le patient montre alors l'image du magazine à l'orthophoniste qui toujours un peu surprise malgré tout, lui fait part systématiquement des inévitables différences entre son image mentale et celle du magazine.

-Lorsque ce sera le tour du patient de recevoir l'image, il devra lors de la présentation finale de l'image réelle du magazine, tâcher de préserver son image mentale d'un effacement possible au contact de cette image physique, et tâcher de décrire minutieusement et le plus fidèlement possible les différences entre ces deux images.

Cet effort pour préserver son image mentale dans ses différences avec l'image réelle présentée, constitue pour certains sujets un entraînement dont la portée pratique est parfois fondamentale.

8. Les buts et objectifs de la prise en charge orthophonique du bégaiement

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

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

Parmi les finalités les plus désirables, on peut relever comme objectifs les plus pertinents, au travers des différents traitements et programmes de traitement proposés de par le monde, les suivants (en reprenant la classification de Starkweather des objectifs de la prise en charge du bégaiement) :

1-Réduire la fréquence des « comportements moteurs bègues », en particulier des disfluences les plus typiquement bègues ;

2-Réduire leur sévérité, leur durée et qualité é de tension si celle-ci est perçue comme anormalement élevée :

3-Réduire les évitements et les circonlocutions et faire que le sujet locuteur soit au plus près de sa pensée

4-Réduire et diminuer les croyances, les perceptions erronées de la réalité et les processus mentaux acquis qui renforcent ces croyances ceux-ci créent, exacerbent, entretiennent les comportements bègues ;

5-Aider la personne bègue à savoir où et quand utiliser les modifications des comportements de la parole les plus adaptés et les façons de parler les plus appropriées découvertes ensemble en séance

6-Favoriser l'épanouissement des capacités de relation, acquérir de meilleures capacités de communication

7- Réduire les croyances et les attitudes dévalorisantes auto-handicapantes ;

8- Apaiser les appréhensions et les phobies liées aux situations de communication ;

9-Ordonnancer de façon appropriée les différentes séquences du traitement (la palette des thérapies à utiliser en temps voulu, selon chaque cas);

10-Fournir toute information possible au patient, le conseiller, conseiller les parents 11-Faire en sorte que ces acquis de la thérapie diffusent aux situations de la vie quotidienne et que les péripéties du réel puissent être affrontées sans angoisse,

sans devenir des problèmes et réamorcer le cercle vicieux de l'appréhension.
(Claude,2014, P.294)

Synthèse de chapitre

La prise en charge orthophonique du bégaiement a pour objectif de corriger et d'améliorer la communication de l'enfant. L'intervention orthophonique dans le cadre d'un enfant bègue ne se limite pas à une seule méthode, mais de plusieurs, son but est de permettre à l'enfant de développer et d'améliorer sa parole.

Problématique et hypothèses

Problématique :

Le bégaiement est un trouble de la parole qui se caractérise par des répétitions involontaires de sons et de mots, des prolongations de sons et des blocages ou par des pauses qui viennent interrompre le flux rythmique de la parole.

Le bégaiement s'accompagne souvent de manifestations physiques comme des tic aux visages, des clignement des yeux ou des trépignements, l'enfant 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. L'enfants s'exprime en utilisant des phrases incomplètes et semble incapable de suivre des directives verbales, évite d'utiliser certains mots ou sons, ainsi fais des blocages dans certains mots ou sons. (Aofetc,2012, P.15)

Actuellement, il est couramment admis que le bégaiement touche 1% environ de la population mondiale et que son taux d'incidence s'élève à 5%. 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. Au cours de l'enfance 5% des enfants risquent de souffrir d'un bégaiement dans la proportion d'une fille pour 3 garçons. (Simon,2003,P.16)

Le bégaiement peut avoir plusieurs causes notamment des facteurs génétiques, des anomalies cérébrales, des traumatismes, des problèmes psychologiques (l'anxiété, un choc émotionnel) ainsi des facteurs environnementaux.

Le fait de bégayer aurait en effet des conséquences sur la vie sociale des enfants : selon une étude de Hugh-Jones et Smith (1999), 83% des adultes qui bégaiant ont témoigné avoir subi des moqueries à l'école. Or, les enfants subissant ce genre d'expérience seraient plus exposés à une faible estime de soi, une anxiété, un sentiment d'insécurité et/ou de solitude, et à la dépression (Boivin, Hymel et Bukowski, 1995). Cela pourrait nuire à leurs performances scolaires de deux manières : à court terme, en ayant un effet perturbateur sur le processus des

pensées (Mendelson et al, 2010), et à plus long terme en ayant un impact direct sur les apprentissages (Barnes, Bauza et Treiber, 2003). Cependant, certains chercheurs ont supposé que l'augmentation des niveaux d'anxiété chez les enfants bègues serait probablement à mettre en lien avec l'âge et la sévérité du bégaiement (Van der Merwe, Robb, Lewis et Ormond, 2011).

Parmi les études faites sur le bégaiement nous citons celle de Ambrose Yairi, Niermann, en 1993, constate à l'aide de son étude sur 69 sujets âgés de 3ans à 5 ans, qu'un enfant qui a une personne bègue dans sa famille directe à 42% de risque de bégayer et 72% s'il s'agit de sa famille élargie. (BURGOT, 2013, P.9).

Et en 1999, Yairi et Ambrose, les chercheurs ont suivi 84 enfants durant quatre ans avec supervision individuelle et passation de testes tous les six mois. Les enfants avaient été diagnostiqués bègues au plus 12 mois avant le début de l'étude et étaient âgés entre 25 et 59 mois. Des critères de persistance et de rétablissement étaient clairement établis. Les résultats ont démontré une persistance du trouble chez 22 enfants, soit 26%, et un rétablissement spontané chez 62 enfants, soit 74%. L'étude a démontré que le rétablissement complet se produit généralement trois ans après les premiers symptômes du trouble, et que l'amélioration se fait de façon lente et progressive avec une réduction substantielle de la fréquence et de la sévérité, (Laponite, 2006, P.6)

Comme le montrent les études antérieures ci-dessus le bégaiement n'a pas de remède définitif, mais il existe plusieurs techniques et stratégies qui peuvent aider les personnes atteintes du bégaiement à améliorer leur communication, justement, les thérapeutes de la communication, « les orthophonistes » considèrent que le bégaiement n'est pas un « simple défaut d'élocution » mais bien un trouble de la communication, inscrit dans un contexte inter et intra-personnel. L'objectif de la rééducation ne consiste donc plus en une suppression du bégaiement, mais en la réhabilitation « d'un confort de parole et d'une communication adaptée » (Vincent, 2013, p.73). Celle-ci est proposée dès le plus jeune âge grâce à un

accompagnement parental, et prend toute son importance chez des enfants d'âge scolaire pour qui le retentissement social et psychologique peut s'avérer très important. En outre, l'orthophonie tend à s'orienter vers une approche plus intégrative en unissant différentes formes de thérapies, conventionnelles comme alternatives, empruntées à la psychothérapie ou aux thérapies humanistes, afin de proposer la meilleure rééducation possible aux patients.

Les techniques utilisées dans la prise en charge du bégaiement sont diverses tout comme le sont les approches théoriques concernant ce trouble. Différents travaux mettent en évidence afin de prendre en charge le bégaiement. Une étude a été menée par Martin, Kuhl et Hardson chercheurs américains en 1972, ces derniers avaient, pour observer les effets du conditionnement opérant sur le bégaiement des enfants, créé une marionnette parlante. Ils plaçaient cette marionnette dans une boîte éclairée face à deux enfants qui bégayaient. Ces enfants discutaient avec la marionnette pendant 20 minutes. Puis, dès que l'enfant bégayait, les chercheurs faisaient disparaître la marionnette, c'était une «< punition >». Ce processus a permis de faire baisser le niveau de bégaiement des deux enfants jusqu'à le faire disparaître. Grâce à ce procédé, les chercheurs ont démontré que «< le conditionnement opérant pouvait avoir une efficacité chez les enfants qui bégayaient >>» (V. Aumond Boucand et V. Stuyvaert, 2014)

Azrin et al. (1979) ont développé différentes techniques de normalisation de contrôles respiratoire lors du bégaiement, ceci par inspiration douce préalable à la parole, pour la poursuite de l'expiration à la fin des énoncés ; le tout pour des situations de parole de difficulté croissante. (Françoise, E, 2015, P.115)

Schwartz (1976) a également mis au point des méthodes visant surtout à assouplir le mouvement des cordes vocales lors de la parole ; après inspiration, une exhalation douce y est simplement amorcée, avant la parole et pendant que le début de la première syllabe est émis au ralenti. (Françoise. E, 2015, P.115)

Une théorie fondée par François le Huche à Louvain en 1967, intitulé les six malfaçons de la parole du bègue, Cette théorie prenait vraiment forme, servant de base à des propositions thérapeutiques de plus en plus précises, Il aboutit à la création d'un séminaire annuel destiné aux orthophonistes. Beaucoup connaissent maintenant cette théorie et s'en inspirent dans leur prise en charge des personnes bègues, D'ailleurs durant la période de notre stage pratique, l'orthophoniste applique les principes de la théorie de François le Huche et nous avons remarqué une amélioration du niveau langagier chez les cas suivis, et nous avons aussi assisté à l'utilisation de différentes techniques par l'orthophoniste, telle que les exercices de la relaxation, les exercices du souffle.

Les études antérieures citées ci-dessus et les remarques faites dans le lieu de stage nous ont poussé à proposer la thématique suivante : « la prise en charge orthophonique des enfants ayant le bégaiement » afin de décrire les stratégies et les techniques utilisées pour les enfants bègues. Et dans le but de mieux prendre en charge toutes les personnes souffrantes de ce trouble.

Nous posons la question suivante : comment l'orthophoniste prend en charge les enfants ayant un bégaiement ?

Pour répondre à cette question nous avons formulé les hypothèses suivantes :

Les hypothèses :

1. hypothèse générale : l'orthophoniste prend en charge les enfants ayant le bégaiement en suivant plusieurs étapes, le travail avec les parents (la guidance parentale) et le travail avec l'enfant (des exercices spécifiques).

2. hypothèse partielle : L'efficacité de la prise en charge orthophonique des enfants ayant le bégaiement dépend de la coopération des parents ; plus les parents évitent l'utilisation des attitudes nocives avec l'enfant et appliquent les exercices de la prise en charge plus l'enfant va être proche de sa guérison.

Définition des concepts opérationnel :

Le bégaiement : est un trouble de la parole, il s'agit d'une perturbation au niveau du rythme de la parole, il se caractérise par des arrêts, des blocages, des prolongations, des répétitions de sons des syllabes et des mots, d'une manière involontaire et incontrôlable.

La prise en charge orthophonique : c'est l'utilisation des principes et techniques de la rééducation selon la théorie de François le huche.

La guidance parentale : c'est la coopération des parents avec l'enfant

Les étapes de la prise en charge : le travail avec les parents qui consiste à faire une guidance parentale (accompagnement parental)

- le travail avec l'enfant qui consiste a faire des exercices spécifique tels que la maitrise de la gestion de la tension psychomotrice, maitrise de souffle abdominal, réincarnation de la parole et la phonétique, maitrise de la mécanique articulatoire, exercices vocaux, exercices centre sur le contact avec interlocuteur)

Les attitudes nocives : ce sont des attitudes qui sont au nombre de trois ('Reproches, moqueries, appel a la volonté', les conseils, les fausses indifférences) évoqué dans la théorie de prise en charge des bègues selon François le Huche que les parents doivent évités.

Partie pratique

Chapitre III

La méthodologie de la Recherche

Plan du chapitre : La méthodologie de la recherche

Préambule

1. La pré-enquête
2. L'enquête
3. Les méthodes et les techniques de recueil des informations
 - 3.1. La méthode descriptive
 - 3.2. L'étude de cas
4. Présentation de lieu de la recherche
5. Présentation de groupe de la recherche
 - 5.1. Les critères d'inclusion
 - 5.2. Les critères d'exclusion
6. Les outils utilisés
 - 6.1. Définition de la grille d'observation
7. Les composantes de la grille d'observation
8. Le déroulement de la recherche

Préambule

Suivre une méthodologie est indispensable pour un chercheur afin de bien conduire son étude, nous avons choisi de faire la prise en charge orthophonique des enfants ayants un bégaiement. 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 employé pour réaliser notre recherche. Au cours de ce chapitre, nous allons aborder les étapes à suivre dans la réalisation de notre thème de recherche ; présenter la pré-enquête, définir la méthode utilisée, présenter le lieu de notre recherche et les critères de choix de notre population d'étude, et nous présenterons aussi les techniques utilisées.

1-La pré-enquête :

L'étape de la pré-enquête est une étape cruciale, a cette étape le chercheur tente de se familiariser de la façon la plus complète possible avec son sujet, a quelle population s'adresse son enquête, il faut rechercher toutes les données pertinentes sur la population sur laquelle il veut travailler (Durand, 2009, P.01).

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,2000, P.113)

Puisque notre thème d'étude est « la prise en charge orthophonique des enfants ayants un bégaiement », 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 sein d'un cabinet priver situer a cité Remla dans lequel nous avons pu rencontrer notre groupe de recherche.

La responsable de ce cabinet qui nous a bien accueilli, nous a permis d'observer des enfants atteints d'un bégaiement. Les premiers contacts avec ces enfants été très chaleureux, ce qui nous a facilité l'approche préliminaire pour leur expliquer

l'objet de notre étude, a quoi nous avons rencontré plusieurs cas durant notre période de stage.

Après l'observation des cas, nous avons commencé la documentation ou on s'est basés sur des livres, des articles, et des thèses. L'observation sur le terrain avec l'orthophoniste auprès des enfants atteints d'un bégaiement, nous on permit d'observer et échanger avec les sujets bègues, on a remarqué que la parole de ces derniers à 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.

Notre pré-enquête a durée deux semaines de 15 février jusqu'au 27 février.

Durant notre pré-enquête, nous avons élaborer une grille d'observation pour observer le déroulement de la prise en charge durant les deux premières séances, nous avons aussi précisé notre thème et nos hypothèses de recherches et vers la fin nous avons élaborer et appliqué la grille sur un cas (en dehors de notre population d'étude) pour tester son efficacité.

2-l'enquete :

Nous avons réalisé notre enquête au sein d'un cabinet d'orthophoniste situé à Bejaia, sur une période de 60 jours, pour un total de 10 séances de deux fois par semaine.

3-La méthode de recherche

La méthode se définit comme étant un outil qui s'applique au réel, à l'investigation, à la recherche. Elle est ce que l'on met en place en toute circonstance, une fois qu'on établit sa validité de manière consensuelle au sein de la communauté. (Martine, 2008, P.23).

3-1-La méthode descriptive :

Nous avons opté pour la méthode descriptive dans le but de décrire les étapes et les méthodes utilisées lors de la prise en charge des enfants bègues.

Elle intervient en milieu naturel et tente de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. L'objectif de cette approche n'est pas d'établir les relations de cause à effet, comme c'est le cas dans la démarche expérimentale mais plutôt d'identifier les composants d'une situation donnée et parfois de décrire la relation qui existe entre ces composants. (Chahraoui, 2003, P.125)

Une recherche descriptive réussie donne aux chercheurs une image clarifiée des variables importantes dans un thème de recherche en quoi consiste le phénomène, ce qu'il faut mesurer, les conditions ou contextes d'apparition qu'il faut surveiller. (Laurencelle, 2005, P.13).

3-2-L'étude de cas :

La perspective méthodologique adoptée dans presque tous les travaux présentés se réfère à l'étude de cas. Cette perspective permet tout à la fois d'entrer dans la singularité de l'activité de l'individu au travail, d'appréhender la diversité des traces qui peuvent être recueillies ou construites par le chercheur, de tester leur validité mais aussi d'accéder au général. Le plat, dans un article qui a pour titre de l'étude de cas et l'analyse de l'activité recouvrent des démarches qui ont entre elles beaucoup de points communs. Il considère, par ailleurs, que l'étude de cas est une modalité de la méthode qui est aux fondements de l'analyse de travail. (Philippot, 2016, P.15).

L'étude de cas comme méthode de recherche est appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes individuels ou collectifs. La description répond aux questions : qui, quoi, quand et comment. L'explication vise à éclairer le pourquoi des choses. La

prédiction cherche à établir, à court et à long terme quels seront les états psychologiques, les comportements ou les événements.

Enfin, le contrôle comprend les tentatives pour influencer les cognitions, les attitudes et les comportements des individus. (Gagon, 2012, P.02)

Nous avons utilisé cette méthode dans notre spécialité car c'est la plus répondu à notre étude qui est une étude qualitative.

4- Présentation de lieux de la recherche :

Notre stage pratique a été réalisé dans un cabinet d'orthophoniste privé, situé à Cite Remla à la wilaya de Bejaia, ce cabinet accueil les enfants atteints de différents troubles dont le bégaiement sur lequel on s'est focalisé dans notre recherche. Afin de les évaluer, diagnostiquer et rééduquer.

Le cabinet d'orthophoniste prend en charge les patients atteints des troubles de langage oral et écrit, les pathologies neurologiques, les surdités, les troubles envahissants de développements, les difficultés d'apprentissage et les troubles de déglutition. Qui affecte à la fois l'autonomie, la vie quotidienne et sociale des individus de différentes tranches d'âges (enfants, adolescents et adultes).

5-Présentation de la population de la recherche :

Notre étude a porté sur des enfants atteints d'un bégaiement, qui ont été pris en charge par une orthophoniste dans un cabinet privé.

Tableau 1: Tableau récapitulatif des cas étudiés

Cas	Prénom	Sexe	Age	Trouble	Age d'apparition	Durée de prise en charge
N°1	Fateh	Masculin	8ans	Bégaiement	5ans	6mois
N°2	Yacine	Masculin	10ans	Bégaiement	6ans	1an et demi
N°3	Yasser	Masculin	8ans	Bégaiement	6ans	3mois
N°4	Omar	Masculin	8ans	Bégaiement	7ans	6mois

Nb : nous avons changé les prénoms des enfants pour garder l'anonymat.

Les critères d'inclusion :

Dans notre étude on a sélectionné notre groupe de recherche qui répond à des critères bien définis qui sont comme suite :

- Les enfants pris en charge par une orthophoniste
- Les enfants ayant un bégaiement
- Les enfants âgés de 8 à 10 ans.
- Pas de trouble associé

Les critères d'exclusion :

Les critères qui n'ont pas été inclus sont ;

- Le sexe
- Le type du bégaiement
- Le niveau socio-économique

6-Les outils utilisés :

Dans le domaine de l'orthophonie, pour mener une recherche scientifique, le chercheur peut se baser sur plusieurs instruments de mesure afin de bien comprendre, évaluer et diagnostiquer... Ces instruments varient selon la nature des comportements à étudier.

Afin de bien cerner notre étude, nous avons fait recours à la grille d'observation afin de récapituler les étapes de la prise en charge ou nous avons repartis notre grille d'observation en deux grilles ; une destiner aux parents et une autre destiner aux enfants.

6-1-Définition de la grille d'observation :

Est un système de catégories qui intervient à la fois pour le codage des comportements observés et l'analyse des données qualitatives des productions de

l'enfant, dont l'intérêt est de récapituler les divers techniques et les méthodes utilisées lors de la prise en charge orthophonique de bégaiement.

Son intérêt :

Dans notre recherche on s'est basé sur la grille d'observation comme outil pour cerner les différentes techniques de rééducation de bégaiement utilisés par l'orthophoniste lors de la prise en charge.

Nous avons élaboré une grille d'observation dont l'objectif est d'observer les étapes de la prise en charge des enfants ayant un bégaiement en suivant les principes de la théorie de François le huche. La grille est composée de plusieurs remarques destinées aux parents puisque ils sont les premiers acteurs de la prise en charge orthophonique et d'autre remarque concernant les exercices du langage appliquées avec l'enfants , la grille est organisé sous forme de tableau qui contient des attitudes nocives selon François le huche pour vérifier si les parents utilisent ces attitudes avec l'enfant, et d'autres tableaux qui contient les épreuves du langage suivantes : les exercices pour la maîtrise de gestion de la tension psychomotrice, souffle abdominal, et de la mécanique articuloires, et aussi pour la parole et de la phonétique des exercices vocaux et des exercices centre sur le contact avec l'interlocuteur.

La théorie de François le huches qui se base sur les principes suivants :la guidance parentale (six malfaçons fondamentales de la parole bègue), les exercices du langage.

7-Les composantes de la grille d'observation :

7-1-La grille d'observation effectuer aux parents :

C'est une grille qui contient les 3 attitudes nocives de François le huche ;

1.Reproche : est une parole, un écrit ou une mimique par lesquels sa signifie a l'enfant sa désapprobation ou son mécontentement a l'encontre de ce qu'il a fait ou dit.

1.1. Moqueries : c'est une action par lequel les parents se raille sur leurs enfants.

1.2. Appel à la volonté : c'est des expressions qui peuvent encourager l'enfants mieux parler.

2. Conseils : c'est une opinion donnée par les parents à leur enfant afin de les guider vers une parole fluide.

3. Fausse indifférence : c'est ignorer le trouble de leur enfant.

7.2. La grille d'observation destinée aux enfants

7.2.1 Exercices de gestion de la tension psychomotrice

7.2.1.2. La pompe à balancier

L'exercice de la pompe à balancier comporte quatre temps, et chacun d'eux, qui dure 3, 4 ou 5 secondes, porte le nom de l'une des quatre saisons.

7.2.1.2. Le tour du corp

Cet exercice a le même objectif que le précédent. Il est cependant beaucoup plus structuré et permet au patient d'obtenir une maîtrise plus précise de la tension psychomotrice, maîtrise indispensable à la rectification de la première distorsion de la parole bègue. Ce Tour du corps est le plus souvent mis au point en séance de rééducation, mais il est parfaitement possible de l'assimiler et de s'y entraîner chez soi, à partir du mode d'emploi, rédigé ci-dessous à l'intention des orthophonistes. Dans cet exercice, le patient allongé sur le dos est invité à respirer par soupirs entrecoupés de pauses respiratoires, chaque soupir étant réalisé à la demande de l'orthophoniste, par un : « Soupir ! »

7.2.2. Deux exercices de souffle abdominal

7.2.2.1. Le seau magique de l'apprenti sorcier

7.2.2.2. Le souffle du sagittaire

Cet exercice a pour but de permettre une prise de de mécanisme de l voix projetée, celle qui se produit quand la voix devient instrument d'action, quand elle sert à appeler quelqu'un à donner un ordre, à affirmer, à informer, à interroger, à se produire publiquement.

7.2.3. Trois exercices dits "de mâchoire-langue"

7.2.3.1.les battements de la langue

Consiste à exécuter avec la langue tirer trois rapides mouvements de droite a gauche, pour s'immobiliser d'un cote un court instant avant de reprendre trois nouveaux battements et ainsi de suite une dizaine de fois environ. Dans cet exercice, qu'on a intérêt à exécuter d'abord un peu lentement, on s'efforce d'avoir une langue bien tirée, de ne pas toucher les lèvres pendant le déplacement de la langue et surtout d'éviter de bouger la mâchoire : le menton doit rester totalement immobile.

7.2.3.2. Langue de chat / langue de rat

Consiste à tirer la langue puis rentrer alternativement, au rythme d'un mouvement par seconde environ, une langue plate et molle et une langue rende et pointue à ne pas confondre avec une langue en gouttière par relèvement de ses bords.

7.2.3.3. La tendeuse de coiffeur

Cet exercice a pour effet de donner le contrôle de la décontraction du pharynx (arrière gorge). En effet, il ne peut pas être exécuté correctement si le pharynx reste crispé. Dans ces conditions, si vous vous efforcez d'observer avec rigueur et

précision les consignes proposées, vous êtes automatiquement amené à contrôler la décontraction de votre pharynx. Tout comme les deux cités précédemment.

7.2.4. Deux exercices articulatoire (à la découverte de la PAV)

7.2.4.1. Les trisyllabes pluri-vocaliques

C'est une sorte d'exercices de voyelle, Ils permettent entre autres choses de remettre en place la Précession Articulatoire des Voyelles (PAV).

7.2.4.2. Les mots en bouche

Toutes ces anomalies peuvent être analysées et rectifiées devant en travaillant devant le rééducateur, chacun comparant son comportement articulatoire avec celui de l'autre. On s'ingénie en somme et éprouver le mouvement articulatoire en le ralentissant, en se l'appropriant. On se met les mots en bouche a des vitesses variables, en n'hésitant pas à exagérer les mouvements ou à en varier le rythme, pour le posséder sur toute coutures.

7.2.4.3. Un exercice vocal : Lecture "recto-tono"

Il s'agit de psalmodier un texte en le chantant sur une seule note.

7.2.5. Cinq exercices centrés sur l'OREV

7.2.5.1. Le dessin dicté

Dans cet exercices le sujet doit d'abord réaliser sur une feuille de papier un dessin relativement simple, assez schématique mais de préférences, représentant quelque chose (objet, animal, paysage). La tâche de sujet consiste ensuite à faire réaliser ce même dessin par le rééducateur.

7.2.5.2. Le lego dicté

L'exercice du lego dicté se rapproche beaucoup de celui du dessin dicté. Il pourrait d'ailleurs le précéder dans le cursus rééducatif. Il partage avec lui le même objectif.

Le lego dicté nécessite de disposer de deux boîtes contenant quelques dizaines de pièces de lego aussi variées que possible. On doit trouver en même quantité, exactement les mêmes pièces dans chacune de ces deux boîtes.

7.2.5.3. Le jeu des signifiants

Cet exercice consiste à demander au patient, installé de la même façon, de choisir dans le texte qu'il vient de lire une unité pulsionnelle de sens (un rhé de quelques mots) puis de la lire à nouveau, plusieurs fois de suite (jusqu'à dix fois éventuellement).

7.2.5.4. Le texte à sous texte

Une autre possibilité est la pratique dite du texte à sous texte ou c'est tout au long de la lecture, qu'en profitant des pauses entre les phrases, le rééducateur reprend le texte en écho ou s'exprime comme précédemment. Le patient a reçu la consigne d'interrompre momentanément sa lecture quand le rééducateur s'exprime, tout en restant cependant en contact (du regard) avec son auditoire fictif.

7.2.5.5. La créativité de l'image

Dans cet exercice le sujet choisit d'abord une image dans un magazine. Il a regardé attentivement et sa tâche est ensuite d'essayer de faire naître cette image dans l'esprit du rééducateur placé en face de lui et qui, bien sûr n'a pas vu l'image.

8. Le déroulement de la recherche :

8.1. La partie théorique : nous avons pris pas mal de temps pour recueillir à travers les ouvrages, les articles de revues, et bases de données un ensemble assez important, à partir de cela nous avons défini la problématique de départ et les hypothèses à confirmer, puis nous avons choisi une méthode de recherche et les outils de recueil de données valides et fiables.

8.2. La partie pratique : Durant le déroulement de notre stage, nous avons effectué une grille d'observation pour les parents et pour les enfants. Certains n'ont

pas accepté de travailler avec nous vu leur comportement et leurs timidité, mais avec le temps nous avons pu gagner leurs confiance et les mettre très alaise, le climat entre nous a été a merveille, nous avons pu d'observer le comportement des parents avec leur enfant et leurs coopération par rapport aux conseils donnés par l'orthophoniste, ensuite nous avons commencé à observer les exercices appliqué aux enfants.

Chapitre IV

Interprétation, analyse et discussion des hypothèses

PLAN DU CHAPITRE

Préambule

1-Presentation et analyse des résultats de premier cas

1-1-Présentation de cas n°1

1-2- Présentation et analyse des résultats de la grille d'observation des parents de cas n°1

1-3- Présentation et analyse des résultats de la grille d'observation de cas n°1

1-4- Synthèse de la grille d'observation

2- Présentation et analyse des résultats de deuxième cas

2-1-Présentation de cas n°2

2-2- Présentation et analyse des résultats de la grille d'observation des parents de cas n°2

2-3- Présentation et analyse des résultats de la grille d'observation de cas n°2

2-4- Synthèse de la grille d'observation

3-Presentation et analyse des résultats de troisième cas

3-1-Présentation de cas n°3

3-2- Présentation et analyse des résultats de la grille d'observation des parents de cas n°3

3-3- Présentation et analyse des résultats de la grille d'observation de cas n°3

3-4- Synthèse de la grille d'observation

4-Presentation et analyse des résultats de quatrième cas

4-1-Présentation de cas n°4

4-2- Présentation et analyse des résultats de la grille d'observation des parents de cas n°4

4-3- Présentation et analyse des résultats de la grille d'observation de cas n°4

4-4- Synthèse de la grille d'observation

5-Discussion des hypothèses

Préambule

Dans chaque recherche scientifique, la partie pratique est une étape indispensable car elle nous permet de rapporter les informations nécessaires pour notre recherche, afin d'éclaircir les idées et répondre à nos questions, afin d'arriver à discuter les hypothèses formulées. Dans ce chapitre nous allons d'abord présenter les cas étudiés dans notre recherche, puis nous allons présenter, la grille d'observation, l'analyse des résultats de chaque cas et nous allons enfin discuter nos hypothèses.

1-Présentation et analyse des résultats de premier cas :

1-1-Présentation de cas n°1 « Fateh » :

Fateh est âgé de 8 ans, enfant timide mais sociable, il est l'aîné de la fratrie de 3 enfants (2 filles 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, Fateh 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. Il parlait bien, jusqu'à l'âge de la scolarisation, il commença à bégayer.

Ce n'est qu'à l'âge de 8 ans que Fateh a commencé la prise en charge avec l'orthophoniste, d'après l'évaluation réalisée par celle-ci Fateh souffre d'un bégaiement tonique sévère, qui se manifeste par des blocages, des répétitions dans certains phonèmes et des crispations avant chaque prise de parole, et un débit très ralenti lors de la lecture.

1-2-Présentation et analyse des résultats de la grille d'observation des parents de cas n°1

Tableau 2: L'étape A : la coopération des parents

Les comportements des parents	Oui	Non
-Les parents demande à l'enfant de faire attention quand il parle	×	
-Les parents demande à l'enfant d'arrêter de bégayer	×	
-Demander de redire la phrase correctement		×
-Faire des moqueries à l'enfant		×
-Faire des encouragements pour bien parler	×	
-Des conseils pour l'enfant de type (Calme toi, détend toi, parle doucement)	×	
-Ignorer le bégaiement		×
-Faire comme si de rien n'étais		×

Analyse des résultats de la grille d'observation aux parents cas n°1

Après avoir informé les parents de Fateh sur le trouble de leur enfant et comment doivent se comporter, nous avons commencé l'observation de leur comportement. Le papa n'a pas arrêté d'interrompre son fils ont lui demandant d'essayer de se contrôler et de parler couramment sans bégayer car il était très touché par le cas de son fils. Comme c'est un père très attaché à ces enfants, le papa était vraiment à l'écoute il l'encourage tout le temps à bien parler, mais il a signalé que à chaque

encouragement son enfants fais des efforts et il bégaie encore plus qu'avant et pour cela qu'il utilise un vocabulaire adapté au langage de son enfant.

Pendant la présence de la maman on a remarqué qu'elle n'a pu s'empêcher de le conseiller en disant : calme toi Fateh détend toi essaye de te relâcher. La maman s'est directement justifiée par rapport à sa réaction : Je m'excuse Madame mais lorsque je le vois comme ça je n'arrive pas à me contrôler, c'est plus fort que moi.

1-3-présentation et analyse des résultats de la grille d'observation de cas

Nb : le « S » est utilisé comme une abréviation pour le mot « Séance ».

Tableau 3: les exercices spécifiques aux enfants

L'étape B : les exercices spécifiques aux enfants						
B1 : Les exercices de GTPM						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- La pompe à balancier		×				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
2-Le tour du corps (relaxation yeux ouvert)	×	×	×		×	
			×		×	

Tableau 4: Les exercices de souffle abdominal

B2 : Les exercices de souffle abdominal						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- Le seau magique de l'apprenti sorcier						L'exercices bien réussi des fois sa respiration devient thoracique
	×			×		
2- Le souffle du sagittaire	×	×			×	
		×				

Tableau 5: Les exercices dits de mâchoire-langue

B3 : Les exercices dits de mâchoire-langue						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- Les battements de langue	×	×				Fateh suit les consignes de l'orthophoniste
2- Langue de chat / langue de rat	×			×		
3- La tondeuse de coiffeur	×		×		×	

Tableau 6: Les exercices articulatoire

B4 : Les exercices articulatoire						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- Les trisyllabes pluri-vocaliques	×			×		Il a eu des difficultés au début puis il a bien géré
	×		×	×		
2- Les mots en bouche	×				×	
			×			

Tableau 7: les exercices vocaux

B5 : les exercices vocal						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- Lecture "recto-tono"		×			×	Débit très ralenti
	×		×	×		

Tableau 8: Les exercices centrés sur l'OREV

B6 : Les exercices centrés sur l'OREV						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- Le dessin dicté		×				Fateh ne coopère pas bien, il a du mal à partager ces idées.
					×	
2- Le lego dicté						
			×			
3- Le jeu des signifiants					×	
	×			×		
4- Le texte à sous texte				×		
	×					
5- La créativité de l'image				×	×	
		×	×			

Analyse des résultats de cas N°1 :

-Dans la réalisation des exercices de la gestion de la tension psychomotrices, Fateh a approuvé des difficultés à gérer son corps, qui n'est pas décontracter, l'orthophoniste lui appliquer le premier exercice (la pompe a balancier) une seule fois qui consiste quatre temps, et chacun d'eux, qui dure 3, 4 ou 5 secondes, porte le nom de l'une des quatre saisons ; vu que notre patient n'a pas vraiment aimé et il a refusé de le faire a nouveau. Au niveau de la réalisation d'exercices de la relaxation yeux ouvert qui permet au patient d'obtenir une maitrise plus précise de

la tension psychomotrice, maîtrise indispensable à la rectification de la première distorsion de la parole bègue. Ce Tour du corps est le plus souvent mis au point en séance de rééducation, mais il est parfaitement possible de l'assimiler et de s'y entraîner chez soi, à partir du mode d'emploi, rédigé ci-dessous à l'intention des orthophonistes. Dans cet exercice, le patient allongé sur le dos est invité à respirer par soupirs entrecoupés de pauses respiratoires, chaque soupir étant réalisé à la demande de l'orthophoniste, par un : « Soupir ! »

La plupart du membre du corps de notre cas n'étaient pas assez tendu, il a eu des crispation des muscles de visages et des extrémités, ces inspirations n'étais pas nasal mais buccal les premiers temps pour cela il arrive pas à préserver une quantité d'air durablement.

-Par rapport aux exercices de souffles, Fateh à compris cette étape même s'il est un peu compliqué et il a effectué sans difficultés. Durant la réalisation d'exercices de seau magique de l'apprenti sorcier Fateh s'est bien amusé, sa respiration abdominale été juste, son ventre bien gonflé, comme on a cité auparavant, Fateh oublie de prendre les inspirations par le nez mais au bout de la 3eme séance il s'est habitué.

Au cours de deuxième exercice qui a pour but de permettre une prise de de mécanisme de la voix projetée, notre patient a suivi tous nos instruction étapes par étape, et vu sa timidité il a présenté des crispations en pratiquant cet exercice surtout au niveau de visage.

-Dans la passation d'étape dits mâchoire langue qui consiste à exécuter avec la langue tirer trois rapides mouvements de droite a gauche, pour s'immobiliser d'un cote un court instant avant de reprendre trois nouveaux battements et ainsi de suite une dizaine de fois environ., il a bien géré les trois exercices sans aucun problème vu qu'il ne dispose pas un problème praxique.

-Au niveau des exercices articulatoires, qui permettent entre autres choses de remettre en place la Précession Articulatoire des Voyelles (PAV) (Les trisyllabes pluri-vocaliques) Fateh a eu un problème dans la prononciation de la première syllabe, au lieu de prononcer le [PI] il a prolongé de cette façon : [PPPPPP...PI], puis avec la répétition et l'entraînement il s'est amélioré. Dans le 2eme exercices le mot en bouche, qui consiste de mettre les mots en bouche a des vitesses variables, en n'hésitant pas à exagérer les mouvements ou à en varier le rythme, pour le posséder sur toute coutures. Fateh na pas vraiment réussi cette étape, son contact avec l'orthophoniste étai dans quelque sorte interrompue, ce qui a empêché de suivre les gestes articulatoires et d'autres consignes, par rapport à la lecture lente des mots proposée étai facile pour lui à réaliser, vu que son débit étai déjà très ralenti.

- A l'arrivée de l'exercices vocal, durant la lecture recto-tono qui est centrés sur le rythme de la parole, Fateh à bien suivi les consignes de l'orthophoniste, mais possède toujours un rythme lent et il n'a pas respecté les allongements vocaliques pendant les premières séances de la prise en charge.

-Les premières séances de la réalisations des exercices centrer sur l'OREV, Fateh na pas aimer le faite de parler et nous faire voir son bégaiement, puis après quelques séances il est devenu plus alaise et à commencer à bien gérer, Pour le 1^{er} exercice le dessin dicté qui consiste a réaliser sur une feuille de papier un dessin relativement simple, assez schématique mais de préférences, représentant quelque chose (objet, animal, paysage). La tâche de sujet consiste ensuite à faire réaliser ce même dessin par le rééducateur. Fateh a essayé de dessiner un ballon, lors de la réalisation de l'étape de la dicté de dessin Fateh a eu des prolongations surtout aux premières syllabes ça lui perturber au début puis l'orthophoniste la mise alaise.

Pour le 2eme exercices qui est le lego dicté qui nécessite de disposer de deux boîtes contenant quelques dizaines de pièces de lego aussi variées que possible. On

doit trouver en même quantité, exactement les mêmes pièces dans chacune de ces deux boîtes. Fateh a réagi à la même manière de premier exercice.

Le 3ème exercice, (le jeu des signifiant) qui consiste à demander au patient, installé de la même façon, de choisir dans le texte qu'il vient de lire une unité pulsionnelle de sens (un rhème de quelques mots) puis de le lire à nouveau, plusieurs fois de suite (jusqu'à dix fois éventuellement). Lors de la lecture de texte choisis nous avons remarqué que Fateh a commis plusieurs erreurs, son débit est très ralenti et sa parole s'accompagne avec des mouvements anormaux (clignement des paupières) puis pendant la 5ème lecture, il a finalement commencé à sentir ces erreurs.

Le 4ème exercice, texte à sous-texte consiste tout au long de la lecture, qu'en profitant des pauses entre les phrases, le rééducateur reprend le texte en écho ou s'exprime comme précédemment. Le patient a reçu la consigne d'interrompre momentanément sa lecture quand le rééducateur s'exprime, tout en restant cependant en contact (du regard) avec son auditoire fictif. Fateh oublie parfois de mettre des pauses entre les phrases mais comme l'orthophoniste lui corrige il a commencé à s'adapter.

Pour le dernier exercice, qui consiste à choisir d'abord une image dans un magazine. Il a regardé attentivement et sa tâche est ensuite d'essayer de faire naître cette image dans l'esprit du rééducateur placé en face de lui et qui, bien sûr n'a pas vu l'image. Notre patient a eu quelque difficulté surtout les premiers temps, vu sa timidité ces phrases ont été courtes, il ne s'exprime pas trop, il s'isole puis au fur à mesure il commence à se lâcher et à bien parler avec l'orthophoniste même s'il a eu des blocages et de prolongation et des crispations.

1-4-Synthèse de la grille d'observation :

D'après l'analyse des résultats des étapes utilisés lors de la prise en charge orthophonique le travail avec les parents et les exercices des enfants (les exercices de la gestion de tension psychomotrice, souffle abdominal, les exercices dits de

mâchoire-langue, les exercices articulatoire, exercice vocal, et les exercices centres sur l'OREV), nous avons constaté :

Après les conseils donnés par l'orthophoniste, les parents de fatah essaient toujours de comporter d'une manière adéquate avec leur enfant, ils ont suivi toutes les consignes et ont réappliqué les exercices à la maison.

-A l'étape des exercices de la gestion de tension psychomotrice Fateh présente des crispations et des difficultés à gérer son corps ce qui a empêché la fluidité de sa parole.

-l'étape de la maîtrise de souffle : d'après les résultats obtenus Fateh possède un souffle faible au début de sa présence puis ça a commencé à s'améliorer

-l'étape des exercices de mâchoires-langue a été bien réalisée vu que le patient ne possède aucun problème pratique.

-l'étape des exercices articulatoires : Fateh a eu des difficultés à prononcer certaines voyelles

-lors de l'exercice vocal : nous avons remarqué que notre patient possède un débit très ralenti et il n'arrive pas à respecter le rythme de la parole lors de la lecture.

-A la dernière étape les exercices centrés sur l'OREV : Fateh n'arrive toujours pas à maîtriser la technique vocale et même la maîtrise de souffle, il est incapable de lire avec un rythme varié.

2-Présentation et analyse des résultats de deuxième cas :

Yacine âgé de 8 ans issu de la famille, scolarisé en troisième année primaire, son père est plombier, sa mère étudiante en master 1.

Voici en quelques lignes, l'histoire de Yacine : D'après les informations que nous avons recueillies à l'entretien effectué avec l'orthophoniste, Yacine était un enfant calme, le déroulement de son accouchement a été difficile et pas désiré, il est né normal, ils ont signalé que depuis sa naissance il a été sûr exposé aux écrans, et

qu'il a eu un retard de langage. A l'âge de 4ans il a été pris en charge par une orthophoniste pendant quelque mois puis ils ont abandonné, son bégaiement a apparue à l'âge de 6ans et demi, suite a la sévérité de son père qu'il le force à étudier sans arrêt.

C'est un enfant pas trop sociable, timide, et très sensible. Il a toujours préféré la langue française, il évite de parler en kabyle.

2-1-Présentation et analyse des résultats de la grille d'observation des parents de cas n°2

L'étape A : la coopération des parents

Les comportements des parents	Oui	Non
-Les parents demande à l'enfant de faire attention quand il parle	×	
-Les parents demande à l'enfant d'arrêter de bégayer	×	
-Demander de redire la phrase correctement	×	
-Faire des moqueries à l'enfant		×
-Faire des encouragements pour bien parler	×	
-Des conseils pour l'enfant de type (Calme toi, détend toi, parle doucement)	×	
-Ignorer le bégaiement		×
-Faire comme si de rien n'étais		×

Analyse des résultats de la grille d'observation aux parents cas n°1

Après avoir effectué un rapport explicatif avec les parents de notre cas, lors de la deuxième rencontre avec eux, le papa de Yacine nous a mentionner que son fils ne parle pas comme les autres et qu'il n'essaie même pas de se contrôler et même ces cousins ont remarquer ça, cela se signifier que le papa lui reproche beaucoup et il le mit sous pression, heureusement que l'orthophoniste l'interrompu ont disant qu'il ne fallait pas mentionner ça devant son fils. Nous avons remarqué aussi qu'il l'encourage a parler correctement d'une manière un peu agressive, également aux conseils qu'il lui donne avec un nerf nerveux, si comme si c'est que si le père qui contrôle les paroles de l'enfant. Yacine vivait une sorte de pression devant son papa car il était très sévère avec lui, ont lui faisant une trop forte exigence éducative. Tout au long de la prise en charge le papa était la source de la peur de son fils, en conséquence l'enfant n'a pas acquis le résultat voulu.

2-2-présentation et analyse des résultats de la grille d'observation de cas

L'étape B : les exercices spécifiques aux enfants						
B1 : Les exercices de GTPM						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- La pompe à balancier		×				Yacine a eu des difficultés à faire la respiration abdominale et relaxation.
2-Le tour du corps (relaxation yeux ouvert)	×	×	×		×	
			×		×	

B2 : Les exercices de souffle abdominal						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- Le seau magique de l'apprenti sorcier						Sa respiration était thoracique. Des fois il inspirait par la bouche, et d'autre fois n'inspire pas suffisamment d'aire par le nez.
	×			×		
2- Le souffle du sagittaire	×	×			×	
		×		×		

B3 : Les exercices dits de mâchoire-langue						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- Les battements de langue	×	×				Yacine a éprouvé des difficultés pour réaliser les praxies oro-faciales.
		×				
2- Langue de chat / langue de rat	×	×		×	×	
3- La tondeuse de coiffeur	×		×		×	
		×			×	

B4 : les exercices articulatoire						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- Les trisyllabes pluri-vocaliques	×			×		Pas bien réaliser, des blocage au niveau des 1 ^{er} syllabes
	×		×	×		
2- Les mots en bouche	×				×	
			×			

B5 : les exercices vocal						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- Lecture "recto-ono"		×			×	Un rythme très rapide
	×		×	×		

B6 : les exercices centrés sur l'OREV						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- Le dessin dicté		×		×		Un vocabulaire pauvre, le bégaiement apparu souvent
	×				×	
2- Le lego dicté		×				
			×			
3- Le jeu des signifiants					×	
	×			×		
4- Le texte à sous texte		×		×		
	×					
5- La créativité de l'image				×	×	
	×		×			

Analyse des résultats de cas N°2 :

-Dans la réalisation des exercices de la gestion de la tension psychomotrice Yacine a approuvé certaines difficultés. Pour le premier exercice qui est la pompe a balancier qui comporte quatre temps, et chacun d'eux, qui dure 3, 4 ou 5 secondes, porte le nom de l'une des quatre saisons. Yacine a eu des difficultés à faire la respiration abdominale et sa respiration était la plupart du temps thoracique. Des fois il 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. Par rapport a la relaxation yeux ouvert qui permet au patient d'obtenir une maitrise plus précise de la tension

psychomotrice, maîtrise indispensable à la rectification de la première distorsion de la parole bègue. Yacine réclame d'avoir mal à tête, et qu'il a une sensation d'étouffement, il n'était pas décontracté, quelques membres de corp été crisper 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.

-Pour l'étape de la maîtrise de souffle abdominal, (le seau magique de l'apprenti) Yacine possède un souffle très réduit il n'arrive pas à gonfler son ventre avec une grande quantité d'air même son expiration est très faible. Pour le souffle de sagittaire sa respiration est thoracique son visage devient rouge, des crispations et contractions, il a évité le regard avec l'orthophoniste durant 2 séances puis il a commencé à se détendre et être alaise.

-Les exercices dits mâchoire-langue étaient pour lui l'étape la plus difficile à réaliser, Yacine a éprouvé des difficultés à basculer les mouvements linguaux, pour qu'il puisse sortir sa langue il aide toujours avec sa mâchoire mais par la répétition presque de chaque séance il a quand même amélioré.

- Pour les exercices articulatoires, (Les trisyllabes pluri-vocaliques) C'est une sorte d'exercices de voyelle, Ils permettent entre autres choses de remettre en place la Précession Articulatoire des Voyelles (PAV). Yacine n'a pas réussi dans cette étape, vu qu'il dispose un problème de souffle il a empêché de prononcer librement les 3 syllabes il a commencé à bloquer durant les première syllabe, Pour les mots en bouche Yacine son contact était presque absent avec l'orthophoniste, il a eu du mal à suivre avec elle pour les mots donnés il a exagérer au niveau d'accélération du rythme de sa parole, quelque mots étaient en kabyle alors notre patient a eu des difficultés à bien articuler.

-L'exercices vocal (lecture recto-tono) qui s'agit de psalmodier un texte en le chantant sur une seule note. Durant la réalisation de cet exercice Yacine possède toujours un rythme rapide, il n'a pas respecté ni l'intonation, pour cela Yacine a

bégayé plusieurs fois puis par la suite il suit les consignes de l'orthophoniste, il a réduit son rythme.

-Les exercices centres sur l'OREV (dessin dicte) qui consiste a réaliser sur une feuille de papier un dessin relativement simple, assez schématique mais de préférences, représentant quelque chose (objet, animal, paysage). La tâche de sujet consiste ensuite à faire réaliser ce même dessin par le rééducateur. Pour cet exercices ; l'imagination de notre patient était limitée de quelque sorte, il disais : « je ne sais pas quoi dessiner », après quelques temps il a quand même essaie de dessiner une petite maison, le moment ou il a commencé à décrire ce qu'il a réalisé son langage presque incompréhensif , un vocabulaire pauvre, il a des difficultés a conjuguer les verbes surtout en kabyle, et aussi a la construction et l'organisation des mots dans la phrases, tout ça est du à son retard de langage , comme l'orthophoniste lui a fait corriger la première phrase il a directement commencer a faire des pauses pour chaque phrases et a bloquer et des crispation de visage même au niveau de la gorge.

Pour le logo dicté qui nécessite de disposer de deux boîtes contenant quelques dizaines de pièces de lego aussi variées que possible. On doit trouver en même quantité, exactement les mêmes pièces dans chacune de ces deux boites, il a bien aimé ce jeu mais les mêmes remarques par rapport à son langage.

Le 3eme exercices, (le jeu de signifiant) qui consiste à demander au patient, installé de la même façon, de choisir dans le texte qu'il vient de lire une unité pulsionnelle de sens (un rhé de quelques mots) puis de la lire a nouveau, plusieurs fois de suite (jusqu'à dix fois éventuellement). Yacine a directement choisi un texte en français il a annoncé qu'il possède un problème au niveau de la langue arabe et kabyle, par rapport à sa lecture été un peu rapide, l'orthophoniste l'obliger à s'arrêter a chaque point de ponctuation. Pendant que l'orthophoniste lui a poser les questions ça lui a perturber mais il a fait quand même des efforts même s'il a

bloqué au début. Cette technique-là vraiment aidé d'ailleurs pour améliorer son langage et à rendre sa parole fluide.

Le 4eme exercices (le texte a sous texte) qui a tout au long de la lecture, qu'en profitant des pauses entre les phrases, le rééducateur reprend le texte en écho ou s'exprime comme précédemment. Le patient a reçu la consigne d'interrompre momentanément sa lecture quand le rééducateur s'exprime, tout en restant cependant en contact (du regard) avec son auditoire fictif. La lecture a voix haute la bien réussi il a été très détendu dès la première fois il a réduit son rythme, nous avons remarqué que sa respiration a devenu abdominal et il prend des inspirations par le nez.

Le dernier exercice, (la créativité de l'image) cet exercice le sujet choisit d'abord une image dans un magazine. Il a regardé attentivement et sa tâche est ensuite d'essayer de faire naître cette image dans l'esprit du rééducateur placé en face de lui et qui, bien sûr n'a pas vu l'image. Yacine a commencé à décrire ce qu'il voit sur l'image même si son imagination été limites, il a eu des difficultés à élaborer son discours, il n'a pas maîtrisé le vocabulaire son stock lexical étais pauvre son bégaiement été léger dans cette étape.

2-4-Synthèse de la grille d'observation :

D'après l'analyse des résultats des étapes utilisés lors de la prise en charge orthophonique le travail avec les parents et les exercices des enfants (les exercices de la gestion de tension psychomotrice, souffle abdominal, les exercices dits de mâchoire-langue, les exercices articulatoire, exercice vocal, et les exercices centres sur l'OREV), nous avons constaté :

Les parents de Yacine utilisent toujours des attitudes qui affecte l'enfant négativement en particulier son père, et qu'il n'a pas suivi les instructions de l'orthophoniste c'est pour cela l'enfant n'a pas réussi dans la prise en charge.

-l'étapes des exercices de la gestion de tension psychomotrice Yacine présente des crispations durant les premières séances de la prise en charge, dans quelque membre du corps même au niveau du cou puis il a commencé à être détendu.

-l'étape de la maîtrise de souffle : d'après les résultats obtenus Yacine possède un souffle faible et pas gérer.

-l'étape des exercices de mâchoires-langue : Yacine présente des difficultés de programmation de la sphère oro-faciale ce qui influence sur les manipulations de cette dernière. Ce qui empêche la réalisation des phonèmes.

-l'étape des exercices articulatoires : Yacine n'a réussi cette étape il a du mal à suivre le rythme.

-lors de l'exercice vocal : Yacine n'a pas respecté le rythme et l'intonation.

-A la dernière étape les exercices centre sur l'OREV : Yacine possède un vocabulaire pauvre et ne respecte pas les point de ponctuation pour cela il se bloque à chaque fois.

3-Présentation et analyse des résultats de troisième cas :

Omar est un enfant de 9ans et 3mois le deuxième d'une fratrie (deux filles et un garçon) scolarisé en 3ème année primaire, est un enfant calme et sage dont son père est un entraîneur du sport au lycée et sa mère couturière, Omar rejoint le cabinet depuis 10mois pour un motif de consultation d'un bégaiement, les parents ils sont signalé que ce dernier est apparu à l'âge de 5 ans et que dès sa naissance à vus des difficultés à respirer. Au cours des séance nous avons remarqué le discours émis par Omar est incompréhensible à cause de son souffle qui est très faible. Nous avons remarqué principalement des répétitions des mots et des blocages qui affecte le rythme de sa parole.

Nous avons constaté aussi que Omar n'essaye pas d'être en relation avec son interlocuteur.

3-1-Présentation et analyse des résultats de la grille d'observation des parents de cas n°2

L'étape A : la coopération des parents

Les comportements des parents	Oui	Non
-Les parents demande à l'enfant de faire attention quand il parle	×	
-Les parents demande à l'enfant d'arrêter de bégayer	×	
-Demander de redire la phrase correctement	×	
-Faire des moqueries à l'enfant		×
-Faire des encouragements pour bien parler	×	
-Des conseils pour l'enfant de type (Calme toi, détend toi, parle doucement)	×	
-Ignorer le bégaiement		×
-Faire comme si de rien n'étais		×

Analyse des résultats de la grille d'observation aux parents cas n°2

Lors de la deuxième rencontre avec les parents d'Omar, après que l'orthophoniste leur ait expliqué tout ce qu'ils devaient dire et ce qu'ils devaient éviter, nous avons remarqué qu'ils ne respectaient pas ce que l'orthophoniste leur avait dit. Ils l'encouragent à parler correctement. Ils le grondent pour avoir répété quelques mots, lui demandent de faire attention à son discours et de les répéter correctement, et lui donnent des conseils tels que : calme-toi, respirez profondément avant de parler. Ces attitudes poussent l'enfant à essayer de bien parler et le conduisent ainsi au bégaiement chronique. Les parents de l'enfant se sont efforcés de ne pas

encourager, blâmer ou réprimander leur enfant, et ils ont pratiqué les exercices à la maison de manière correcte avec leur enfant, et après avoir suivi les instructions et les conseils de l'orthophoniste, l'enfant n'a plus forcé lui-même de parler comme ses parents le voulaient, et sa tension musculaire a diminué.

3-2-présentation et analyse des résultats de la grille d'observation de cas

L'étape B : les exercices spécifiques aux enfants						
B1 : Les exercices de GTPM						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- La pompe à balancier		×		×		Omar a bien détendu son corp, il a approuvé des difficultés respiratoire.
2-Le tour du corps (relaxation yeux ouvert)	×	×	×		×	
			×		×	

B2 : Les exercices de souffle abdominal						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- Le seau magique de l'apprenti sorcier						Il a toujours des difficultés au niveau de la respiration abdominal
	×			×		
2- Le souffle du sagittaire	×	×			×	
		×		×		

B3 : Les exercices dits de mâchoire-langue						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- Les battements de langue	×	×				Bien travailler
		×				
2- Langue de chat / langue de rat	×	×		×	×	
3- La tondeuse de coiffeur	×		×		×	
		×			×	

B4 : Les exercices articulatoire						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- Les trisyllabes pluri-vocaliques	×			×		Il suit les consignes de l'orthophoniste
	×		×	×		
2- Les mots en bouche	×				×	
			×			

B5 : Les exercices vocal						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- Lecture "recto-tono"		×			×	Pas bien prononcer les syllabes
	×		×	×		

B6 : Les exercices centrés sur l'OREV						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- Le dessin dicté		×		×		Des blocages et des répétitions
	×				×	
2- Le lego dicté		×				
			×			
3- Le jeu des signifiants					×	
	×			×		
4- Le texte à sous texte		×		×		
	×					
5- La créativité de l'image				×	×	
	×		×			

Analyse des résultats de cas N°3 :

-Dans la réalisation de l'étape "la gestion de la tension psychomotrice « nous avons remarqué dans le premier exercice la (pompe à balancier) que Omar a bien détendus ses genoux et ses points de pieds dès la première séance et quand nous lui avons demandé de lever le bras et de respirer par le nez et en même temps de stocker cet air dans ses poumons sans fermer la glotte, Omar n'arrive pas à stocker cette aire dans un temps de 3 seconds.

Et dans le deuxième exercice (le tour de corps) qui permet au patient d'obtenir une maitrise plus précise de la tension psychomotrice, maitrise indispensable à la rectification de la première distorsion de la parole bègue. Nous avons remarqué un corps relâché et détendus et s'est bien adapté à la position horizontale. Dans la phase de soupir Omar il a eu une difficulté à inspirer une grande quantité d'air les premières séances, mais à force de les répéter Omar à commencer de renforcer son souffle.

-Par rapport à l'étape de "souffle" dans l'exercice (le seau magique de l'apprenti sourcier) dès la première séance avait du mal à comprendre cet exercice notamment lors du remplissage et du gonflage du ventre mais à force de répéter cet exercice presque toutes les séances Omar a finalement réussi à le faire, nous avons remarqué aussi des difficultés respiratoires surtout la respiration abdominale.

Dans le deuxième exercice (le souffle sagittaire) qui a pour but de permettre une prise de conscience du mécanisme de la voix projetée, celle qui se produit quand la voix devient instrument d'action, quand elle sert à appeler quelqu'un à donner un ordre, à affirmer, à informer, à interroger, à se produire publiquement. Omar a aimé cet exercice lorsque on lui a demandé de respirer tranquillement et d'imaginer devant lui la mer, et au loin de cette mer un bateau. Il a suivi toutes nos instructions. Mais il a commis l'erreur de bouger son thorax au moment où il ne doit pas bouger.

-En effectuant l'étape de "mâchoire langue « dans l'exercice de (battement de la langue) Omar a fait tous les exercices correctement et il n'a pas trouvé cela difficile.

Et dans l'exercice (la langue de chat /la langue de rat) qui consiste à tirer la langue puis rentrer alternativement, au rythme d'un mouvement par seconde environ, une langue plate et molle et une langue ronde et pointue à ne pas confondre avec une langue en gouttière par relèvement de ses bords. Nous avons observé que Omar avait rencontré des difficultés de différencier entre les exercices de la langue de chat et celle du rat.

Dans l'exercice 3 (la tendresse coiffeur) Cet exercice a pour effet de donner le contrôle de la décontraction du pharynx (arrière gorge), vu que cet exercice compose de 6 temps Omar il a réussi juste d'appliquer les deux premiers parce qu'il prétend d'être fatigué et que cet exercice se compose de nombreuses consignes.

-Lorsque l'orthophoniste a appliqué l'étape "exercices articulatoire" Dans l'exercice (les trisyllabes pluri-vocalique) en raison de la faiblesse respiratoire d'Omar, il n'a pas pu prononcer librement les trois mots que l'orthophoniste a

prononcés surtout lors de la première séance .et dans l'exercice (les mots en bouche)Omar a comparé son acte verbal avec l'acte verbal de l'orthophoniste à travers son regard dans le miroir, mais il n'a pas respecté le rythme des mots et il a exagéré dans son mouvement articulatoire.

-Lors de la passation des "exercices vocale " dans la (lecture recto-tono) l'orthophoniste chante et Omar reprend son tour, nous avons remarqué qu'il n'a pas gardé le même rythme que l'orthophoniste, il s'est accéléré, Sa respiration devient thoracique en moment qu'elle devrait être abdominale.

-dans l'étape "cinq exercice centré sur l'OREV », puisque cet exercice (le dessin dicté) vise à observer la parole spontanée de l'enfant, l'orthophoniste a demandé à Omar de dessiner un objet ou un animal ensuite de raconter ce qui a dessiné. Nous avons remarqué des pauses et des blocages dans plusieurs situations, et beaucoup plus les conjonctions d'appui (ahhh, ehhh).

Dans le deuxième exercice (le logo dicté) Omar a réalisé cet exercice mieux que le premier, ces pauses et ces blocages ont été atténués.

Et dans le troisième exercice (le jeu des signifiants) Omar a choisi un texte en français, il a indiqué que pour lui c'est le plus facile, durant la lecture Omar oublie toujours d'inspirer par le nez, ce qui rend sa parole perturbée.

Dans le quatrième exercice (le texte à sous-texte) Le spécialiste a demandé à Omar de choisir un texte parmi les quatre textes et de le lire debout et à haute voix, en imaginant un public imaginaire devant lui Lorsqu'il a commencé à lire, nous avons remarqué que sa lecture s'améliorait et presque naturelle, sans perturbations, et tout cela grâce à la répétition de ces exercices.

Et dans le dernier exercices Omar a présenté des blocages qui surviennent toujours au début de mot, sans oublier les interjections qui utilise comme (heu, ahh)

3-4-Synthèse de la grille d'observation :

D'après l'analyse des résultats des étapes utilisés lors de la prise en charge orthophonique le travail avec les parents et les exercices des enfants (les exercices de la gestion de la tension psychomotrice, du souffle, du mâchoire langue, des exercice articulatoires, des exercice vocale, et les exercices centrés sur l'OREV), nous avons constaté :

Les parents de Omar le traitent d'une manière qui leur convient, puis par la suite ils ont remplacé leurs attitudes par les conseils donnés par l'orthophoniste.

- l'étape des exercices de la gestion de la tension psychomotrice : d'après les résultats obtenus on a constaté que Omar présente aucune difficulté ni à contracter ni à relâcher ses muscles.

-l 'étape du souffle : d'après les résultats obtenus on a constaté que Omar possède un souffle très faible ce qui empêche sa parole d'être fluide.

-l 'étape des exercices de la mâchoire langue : d'après les résultats obtenus on a constaté que Omar a réussi dans la réalisation de cette étape.

-l 'étape des exercices articulatoire : d'après les résultats obtenus on a constaté que Omar exagérait dans son mouvement articulatoire.

-l 'étape des exercices vocale : d'après les résultats obtenus on a constaté que Omar possède un rythme plus rapide que l'orthophoniste, et il présente beaucoup plus les conjonctions d'appui.

-l 'étape des exercices centrés sur l'OREV : d'après les résultats obtenus on a constaté que le discours de Omar était presque confus dans les premières séances.

4-Présentation et analyse des résultats de quatrième cas :

Yasser est un enfant de 9ans 6mois, est un fils unique d'une mère enseignante et d'un père policier.

Est un enfant sage et gâté, très intelligent, sociable tout le monde l'aimé.

Il a présenté aux cabinets le 28 février pour un motive de consultation d'un bégaiement, l'hors de l'entretien avec les parents ils ont signalé que ce dernier a été apparue à l'Age de 6ans au moment Où leur enfant à commencer à fréquenter l'un de ses amis qui a un bégaiement très sévère, les parents commençant à s'inquiéter donc ils ont décidé de le prendre en charge.

Au cours de l'évaluation nous avons remarqué une difficulté à prononcer ou à enchaîner certaines syllabes qui rend la parole non fluide et non compréhensible il a présenté aussi des prolongations dans les premières syllabes du mot comme (aaa aamm.)

4-1-Présentation et analyse des résultats de la grille d'observation des parents de cas n°2

L'étape A : la coopération des parents

Les comportements des parents	Oui	Non
-Les parents demande à l'enfant de faire attention quand il parle	×	
-Les parents demande à l'enfant d'arrêter de bégayer	×	
-Demander de redire la phrase correctement	×	
-Faire des moqueries à l'enfant		×
-Faire des encouragements pour bien parler	×	
-Des conseils pour l'enfant de type (Calme toi, détend toi, parle doucement)	×	
-Ignorer le bégaiement		×
-Faire comme si de rien n'étais		×

Analyse des résultats de la grille d'observation aux parents cas n°1

Lorsque nous avons rencontré les parents de Yasser pour la première fois, ils nous ont dits qu'ils agissaient comme s'ils ne remarquaient pas le bégaiement de leur fils, ce qu'ils essayaient toujours de faire comme si de rien n'était. Ils ne parlaient jamais de son bégaiement devant lui, d'autant plus qu'il était leur fils unique. Ils ont dit à l'orthophoniste qu'ils ne se moquaient jamais de lui à la maison, mais que ses amis se moquaient de lui et c'est pourquoi il n'aime pas sortir. Ils racontent aussi que de temps en temps, ils demandent à leur fils de se calmer et de bien respirer pendant les moments où il bégaié, l'orthophoniste leur dit qu'il faut se tenir à l'écart de toutes ces situations qui inquiètent l'enfant. Parce qu'il sait qu'il bégaié et que vous agissez comme si ce n'était pas le cas. Et les conseils que vous lui donnez, comme (calme-toi et respire bien), lui font perdre la spontanéité de son discours, et son discours devient anormalement volontaire et contrôlé.

Dans les autres séances, les parents revenaient et disaient qu'ils ne faisaient plus les gestes qu'il les empêchait de faire, et que plus ils s'éloignaient de conseiller à leur fils de bien parler, plus sa parole s'améliorait remarquablement.

4-2-présentation et analyse des résultats de la grille d'observation de cas

L'étape B : les exercices spécifiques aux enfants						
B1 : Les exercices de GTPM						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- La pompe à balancier		×				L'enfants coopère bien.
2-Le tour du corps (relaxation yeux ouvert)	×	×	×		×	
			×		×	

B2 : Les exercices de souffle abdominal						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- Le seau magique de l'apprenti sorcier						Son souffle est stable
	×			×		
2- Le souffle du sagittaire	×	×			×	
		×		×		

B3 : Les exercices dits de mâchoire-langue						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- Les battements de langue	×	×				Les exercices étaient difficilement appliqués.
		×				
2- Langue de chat / langue de rat	×	×		×	×	
3- La tondeuse de coiffeur	×		×		×	
		×			×	

B4 : Les exercices articulatoire						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- Les trisyllabes pluri-vocaliques	×			×		Il ne les a pas bien réalisés
	×		×	×		
2- Les mots en bouche	×				×	
			×			

B5 : Les exercices vocal						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- Lecture "recto-tono"		×			×	Il réalise probablement bien
	×		×	×		

B6 : Les exercices centrés sur l'OREV						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- Le dessin dicté		×		×		Yasser suit les consignes de l'orthophoniste.
	×				×	
2- Le lego dicté		×				
			×			
3- Le jeu des signifiants					×	
	×			×		
4- Le texte à sous texte		×		×		
	×					
5- La créativité de l'image				×	×	
	×		×			

Analyse des résultats de cas N°4 :

-Dans l'étape de "la gestion de la tension psychomotrice « nous avons remarqué dans le premier exercice (la pompe à balancier) que Yasser n'a pas détendu correctement son corps les premières séances, il a réussi de prendre un large soupire nasal et de stocker l'aire dans ses poumons pour une durée de 5 second.

Par rapport l'exercice deux (le tour du corp) nous avons remarqué un relâchement total du corps entier.

-En effectuant l'étape du "souffle" dans l'exercice (le seau magique de l'apprenti sourcier) nous avons remarqué que Yasser a bien effectué cet exercice, il a appliqué la respiration abdominale facilement, son souffle était à l'énorme.

Et dans le deuxième exercice (le souffle sagittaire) il a réussi la plupart des étapes de cet exercice mais il n'a pas contrôlé son thorax ou mement ou il ne doit pas le bouger.

-Concernant l'étape dit "mâchoire langue" en effectuant l'exercice de (battement de la langue) Yasser a éprouvé des difficultés à sortir sa langue bien droite, et la déplacée à gouache et à droit, en haut et en bas à cause de son frein linguale.

-Lors de la passation de l'étape des "exercices articulatoires « dans exercice (les trisyllabes pluri-vocaliques) Nous avons remarqué que Yasser il n'essaye pas d'être en relation avec l'orthophoniste parce qu'il se sent toujours que les autres le critiques à cause de ses blocages.

-Pour les exercices (les mots en bouche) l'orthophoniste a essayé de le détendre avant de commencer l'exercice afin de mieux le réaliser.

-Dans l'étape des "exercices vocales », dans la (lecture recto-tono) Yasser a répété la chanson de l'orthophoniste avec un rythme rapide et saccadé au début mais avec les répétitions Yasser a finalement réussi.

-Durant la passation de l'étape des "exercices centrés sur l'OREV" lors de l'exercice de (dessin dicté) Yasser a décrit son dessin brièvement sans donner beaucoup d'explication et sans enrichir ses phrases, la parole de cette enfant est caractérisée par des répétitions ce qui perturbe le rythme et l'intelligibilité de son discours.

-Yasser il a réalisé l'exercice (le lego-dicté) mieux que le premier exercice, ses blocages et ses répétitions ont été réduits.

-Et dans l'exercice (le jeu des signifiants) Yasser a choisi un texte en arabe, après la lecture de ce texte il a bloqué dans quelques situations, l'orthophoniste lui a posé la question suivante, c'était quand les moments où vous avez bloqué ? Et il a

demandé de lui aussi de répéter les mots ou il a bloqué. Dans le quatrième exercice centré sur (le texte à sous-texte) Yasser n'a pas accepté d'exercer avec nous cette étape surtout quand on a demandé d'imaginer devant lui un public, s'est paniqué et perturbé.

Dans ce dernier exercice (la créativité d'image) nous avons remarqué qu'il a très bien exercé et il a bien détaillé dans l'image surtout les dernières séances.

4-4-Synthèse de la grille d'observation :

D'après l'analyse des résultats des étapes utilisés lors de la prise en charge orthophonique le travail avec les parents et les exercices des enfants (les exercices de la gestion de la tension psychomotrice, du souffle, du mâchoire langue, des exercices articulatoires, des exercices vocaux, et les exercices centrés sur l'OREV), nous avons constaté :

Les parents de Yasser ont suivi toutes les consignes de l'orthophoniste et ils ont remarqué une amélioration par rapport au langage de leur enfant.

- l'étape la gestion de la tension psychomotrice : d'après les résultats obtenus on a constaté que Yasser ne présente pas des difficultés dans la relaxation, ni du souffle.

- l'étape du souffle : d'après les résultats obtenus on a constaté que Yasser possède un souffle stable.

- l'étape mâchoire langue : d'après les résultats obtenus on a constaté que Yasser présente des difficultés à réaliser ces exercices à cause de son frein

- l'étape des exercices articulatoires : d'après les résultats obtenus on a constaté que Yasser a eu des empêchements les premiers temps mais après plusieurs réalisations Yasser a finalement réussi.

- l'étape des exercices vocaux : on a constaté que Yasser il manifeste des difficultés d'ordre rythmique.

-l'étape des exercices centré sur l'OREV (objet référentiel de l'échange verbal) : on a constaté qu'il a présenté des blocages dans plusieurs situations.

5-Discussion des hypothèses :

Selon les résultats obtenus par l'analyse de la grille d'observation utilisée lors de la prise en charge, on reprend dans cette partie nos hypothèses pour pouvoir les discuter.

5-1-l'hypothèse générale :

Rappelons le principe de notre première hypothèse qui dicte :

-l'orthophoniste prend en charge les enfants ayant le bégaiement en suivant plusieurs étapes, le travail avec les parents (la guidance parentale) et le travail avec l'enfant (des exercices spécifique).

D'après l'analyse des données de la grille d'observation et sur la base des résultats obtenus dans notre recherche au niveau d'un cabinet privé à Bejaia auprès des enfants ayant un bégaiement, nous proposons le tableau :

Tableau 9: Tableau récapitulatif des étapes de la prise en charge orthophonique de bégaiement de bégaiement

Etape Cas	L'étape A (Le travail avec les parents)	L'étape B (Le travail avec les enfants)					
		B1 Les Exercices de GTPM	B2 Exercice de Souffle abdominal	B3 Exercices de Mâchoire-Langue	B4 Exercice articulatoire	B5 Exercice vocal	B6 Exercice centres sur l'OREV
Fateh	×	×	×	×	×	×	×
Yacine	×	×	×	×	×	×	×
Omar	×	×	×	×	×	×	×
Yasser	×	×	×	×	×	×	×

A partir des résultats recueillis dans la grille d'observation, nous observons que l'orthophoniste prend en charge les enfants ayant un bégaiement en suivant les étapes de la prise en charge qui sont comme suite : l'étape A : Le travail avec les parents, l'étape B : le travail avec l'enfant (exercices de la gestion de la tension psychomotrice, exercices de souffle, exercices de mâchoire-langue, exercices vocaux, des exercices centre sur l'OREV)

Cité au-dessus, d'ailleurs on retrouve les résultats suivants :

Chez le cas de Fateh l'orthophoniste a suivis toutes les étapes de protocole de la prise en charge. Pour la première étapes (le travail avec les parents) l'orthophoniste a guidé les parents a se comporter d'une manière adéquate avec leur enfant. Par rapport à la deuxième étape ; le travail avec l'enfant (les exercices spécifiques), elle s'est focalisée sur les exercices de la tension psychomotrice vu qu'il dispose une difficulté de contraction et de relâchement de ces muscles.

Concernant le cas de Yacine l'orthophoniste a effectuée toutes les étapes de la prise en charge, Pour la première étapes (le travail avec les parents) l'orthophoniste a guidé les parents a se comporter d'une manière adéquate avec leur enfant. Durant la deuxième étape : le travail avec l'enfant (les exercices spécifique) L'orthophoniste s'est focalisé sur les exercices dits mâchoire langue vu que Yacine présente des difficultés de la programmation oro-faciale et des difficultés à basculer les mouvements linguaux.

En ce qui concerne le cas de Omar l'orthophoniste a effectuée toutes les étapes de protocole de la prise en charge. Pour la première étapes (le travail avec les parents) l'orthophoniste a guidé les parents a se comporter d'une manière adéquate avec leur enfant. Par rapport à la deuxième étape ; le travail avec l'enfant (les exercices spécifiques) L'orthophoniste s'est focalisé sur les exercices de souffle vu qu'il présente des difficultés respiratoires.

Par rapport au dernier cas Yasser l'orthophoniste a effectuée toutes les étapes de la prise en charge, Pour la première étapes (le travail avec les parents) l'orthophoniste

a guidé les parents à se comporter d'une manière adéquate avec leur enfant. Par rapport à la deuxième étape ; le travail avec l'enfant (les exercices spécifiques) L'orthophoniste s'est focalisé sur les exercices mâchoire langue et les exercices articulatoire afin de bien gérer son articulation.

De ce qui précède et d'après nos observations au cours de stage effectué, on constate que l'orthophoniste prend en charge les enfants ayant un bégaiement en suivant les étapes suivantes : le travail avec les parents et le travail avec les enfants ; les exercices de la gestion de la tension psychomotrice, exercices de souffle, exercices de mâchoire-langue, exercices vocaux, des exercices centrés sur l'OREV) nous avons déduit à partir de ces résultats, nous pouvons dire que notre hypothèse générale est confirmée.

En outre François Le Huche décrit les étapes de la prise en charge orthophonique dans le cadre d'un enfant bègue, qui ne se limite pas à une seule étape afin d'aider la personne bègue à savoir où et quand utiliser les modifications des comportements de la parole les plus adaptés et les façons de parler les plus appropriées découvertes ensemble en séance. (Le Huche, 2001)

Parmi ces étapes on trouve la relaxation qui permet de contrôler la tension psychomotrice et aussi le souffle phonatoire, et même de rendre l'enfant plus habile lors de l'usage spontanée de sa parole.

On trouve aussi l'étape de la respiration abdominale qui permet d'acquérir plus facilement le contrôle respiratoire et permet aussi de mieux comprendre la dynamisation des abdominaux.

4-2-l'hypothèse partielle :

Rappelons le principe de notre deuxième hypothèse qui dicte :

- L'efficacité de la prise en charge orthophonique des enfants ayant le bégaiement dépend sur la coopération des parents ; plus les parents évitent l'utilisation des attitudes nocives avec l'enfant et applique les exercices de la prise en charge plus l'enfant va être proche de sa guérison.

A partir des résultats obtenus dans l'analyse de données de la grille d'observation, nous remarquons que les résultats obtenus dans la coopération des parents et les exercices de la prise en charge des enfants, nous présentons dans le tableau ci-dessous ces résultats :

Tableau 10: Tableau récapitulatif de la coopération des parents

La coopération des parents				
Cas	Cas n°1	Cas n°2	Cas n°3	Cas n°4
Comportement des parents				
1- Les parents demande à l'enfant de faire attention quand il parle	×	×	×	×
2- Les parents demande à l'enfant d'arrêter de bégayer	×	×	×	×
3- Demander de redire la phrase correctement		×	×	×
4- Faire des moqueries à l'enfant				
5- Faire des encouragements pour bien parler	×	×	×	×
6- Des conseils pour l'enfant de type (Calme toi, détend toi, parle	×	×	×	×

doucement)				
7- Ignorer le bégaiement				
8- Faire comme si de rien n'étais				
9- La répétition des exercices à la maison	×		×	×

A partir des résultats accueillis dans la grille destinée aux parents nous pouvons dire ; Le premier cas que nous avons étudié dans notre recherche était très attaché a ces parents, au point ou lorsqu'il bégaié les parents réagissent d'une manière impressionnante, ils avaient tendance a donner des conseils du type « Respire, calme toi, parle doucement », ils estimes d'avoir été inquiets sur leur fils, et que cela été pour son bien, mais tout ça la affecté négativement il a perturber le caractère spontané de sa parole, après que l'orthophoniste les a guidés et elle les a conseils de répéter les exercices a la maison et de s'éloigner de mauvaise attitude afin de traiter le trouble de leur enfant, ils ont suivaient leur fils avec des bonnes attitudes, par la suite ils ont remarqué une amélioration par rapport au début.

Dans le deuxième cas qui a été étudié dans notre recherche, les parents de ce dernier semblent que c'est la famille la plus compliquer par rapport aux autres, en particulier le père, le blâmait toujours s'il bégayait. Ils ont poussé l'enfant à bien parler, mais d'une manière qui a aggravé la situation encore plus, notre cas a toujours eu la peur pour s'exprimer. Même après que l'orthophoniste leur ait expliqué la nécessité de ne pas traiter l'enfant de cette manière et d'éviter les attitudes nocives et même de répéter les exercices à la maison, ils n'ont pas fait ce qu'elle a demandé et cela a conduit à l'échec de l'efficacité de la prise en charge.

Le troisième cas étudié dans notre recherche montre que ces parents au premier temps n'étaient pas dans la bonne voix parce qu'ils le traitent d'une manière non convenable comme donner des conseils (calme toi, parle doucement, prépare ta phrase avant de parler) mais ils ne savent pas que ces attitudes entravent l'efficacité

de la prise en charge, donc après l'explication de l'orthophoniste ils essaient de s'éloigner de ces attitudes, et de suivre tous les conseils donner et même de répéter les exercices a la maison pour cela le discours de l'enfant a devenu plus clair.

Le dernier cas que nous avons étudié dans notre recherche, ces parents ne blâment pas leur enfant s'il fait une erreur, ils ne le forcent pas à bien parler, mais ils ignorent son trouble comme s'ils n'avaient pas remarqué qu'il bégaié mais leur enfant sait qu'il bégaié. L'orthophoniste leur a dit de rester loin de tout ce qui affecte négativement l'enfant Les parents ont suivi toutes les consignes données par le l'orthophoniste, et ont réappliqué les exercices donnés à la maison, et après de nombreux cours, nous avons constaté une amélioration.

A partir de cela notre hypothèse partielle qui dicte « L'efficacité de la prise en charge orthophonique des enfants ayant le bégaiement dépend sur la coopération des parents ; plus les parents évitent l'utilisation des attitudes nocives avec l'enfant et applique les exercices de la prise en charge plus l'enfant va être proche de sa guérison. » est confirmée.

En outre une étude australienne menée par Packman et son équipe (2011) sur l'anxiété associée au bégaiement montre que les réactions négative des parents vont contribuer à augmenter l'anxiété des enfants qui vivent alors, a cause de leur bégaiement, des expérience négatives. On comprend bien alors que le fait d'aider les parents à réagir au mieux va aider l'enfant a être moins réactif a son bégaiement et a pouvoir parler sans penser en permanence aux disfluence éventuelle.

Suite à cette discussion, nous avons pu répondre à nos questions de départ, ainsi que de confirmé nos deux hypothèses, et dire selon notre recherche, qu'effectivement l'orthophoniste prend en charge les enfants ayant un bégaiement en se basant sur différentes étapes : Le travail avec les parents ‘ le travail avec les enfants. Et que l'efficacité de la prise en charge orthophonique de bégaiement dépend sur la coopération des parents ; plus les parents évitent l'utilisation des

attitudes nocives avec l'enfant et applique les exercices de la prise en charge plus l'enfant va être proche de sa guérison.

Il est à souligner que nos hypothèses, ne permettent en aucun cas de généraliser les résultats obtenus, elles sont réfutables et non absolue. Le premier facteur est : les résultats obtenus sont les résultats d'une population d'étude restreinte, elles ne représentent pas la population mère.

Le deuxième facteur est : la période de la réalisation de l'étude qui est limitée.

Conclusion

L'objectif de notre étude est de cerner la problématique de la prise en charge orthophonique des enfants ayant le bégaiement, en s'intéressant à l'un des versant orthophonique qui est l'observation et la description.

Dans le cadre de cette étude nous avons opté pour la méthode descriptive dans le but de décrire les étapes de la prise en charge orthophonique des enfants ayant le bégaiement, nous avons travaillé avec trois (04) cas atteints d'un bégaiement âgés entre 8 ans et 10 ans.

Nous avons recueilli au cours de cette étude des données et des informations sur les étapes de la prise en charge orthophonique des enfants ayant le bégaiement, on s'est basés sur l'observation (grille d'observation), cet outil de recherche nous a servi pour la confirmation de nos hypothèses.

Suit à l'analyse et l'interprétation des résultats, nous avons trouvés que :

D'après les résultats de notre grille d'observation on dit que « l'orthophoniste prend en charge les enfants ayant un bégaiement en se basant sur les étapes suivantes : la première étape qui est la guidance parentale et la deuxième qui est les exercices de langage destiné aux enfants, de ce qui précède nous sommes arrivés à confirmer notre première hypothèse qui dicte : « l'orthophoniste prend en charge les enfants ayant le bégaiement en suivants plusieurs étapes, le travail avec les parents (la guidance parentale) et le travail avec l'enfant (des exercices spécifique).

Le travail que nous avons entrepris par la suite afin de démontrer de quoi dépend l'efficacité d'une prise en charge des enfants ayant le bégaiement, nous avons effectué des exercices portant sur le langage de l'enfant et la coopération des parents, et à travers les résultats des exercices de la grille d'observation, nous avons pu démontrer que l'efficacité de la prise en charge orthophonique des enfants ayant le bégaiement dépend sur la coopération des parents ; plus les parents évitent l'utilisation des attitudes nocives avec l'enfant et applique les exercices de la prise en charge plus l'enfant va être proche de sa guérison.

Notre deuxième hypothèse qui dicte « que l'efficacité de la prise en charge orthophonique des enfants ayant le bégaiement dépend sur la coopération des parents ; plus les parents évitent l'utilisation des attitudes nocives avec l'enfant et applique les exercices de la prise en charge plus l'enfant va être proche de sa guérison. » est confirmée.

Cette étude nous a permis de découvrir sur le terrain chez les enfants atteints d'un bégaiement, les différentes étapes et exercices utilisés dans la prise en charge orthophonique de bégaiement.

A travers cette étude, nous avons pu atteindre l'objectif que nous avons tracés et nous sommes arrivés à notre finalité de départ qui est de faire une description de déroulements des séances de la prise en charge orthophonique de bégaiement. En effet, les résultats finaux confirment nos deux hypothèses. Nous sommes arrivés réellement à décrire toutes les étapes de la prise en charge orthophonique de bégaiement.

Enfin il est important de dire que cette recherche reste une excellente expérience en termes d'apprentissage, à travers laquelle nous avons appris beaucoup de choses sur le plan méthodologique et scientifique. Ainsi elle nous a permis de toucher à l'un des problèmes qui touche les enfants de la société Algérienne, à savoir le bégaiement, en outre cette recherche a été une occasion de nous familiariser avec le terrain.

En conclusion, pour une meilleure continuation de notre recherche, nous ouvrons un champ libre aux étudiants de l'orthophonie pour poursuivre ce travail, et nous souhaitons que ce modeste travail puisse contribuer à ouvrir la voie sur d'autres problématique afin d'accorder une grande importance au sujet que nous avons abordé.

La liste bibliographique

Liste Bibliographique

Livre :

- 1- Brin,F,C. (2004). Dictionnaire d'orthophonie, France, 2eme Edition : ortho.
- 2- Chahraoui,k, Benony,h. (1999). L'entretien clinique, Paris : Dunod.
- 3- Dinville C, P. D-M. (1992). Le bégaiement symptomologie traitement. Paris, Milan, Barcelon : 3eme Edition
- 4- Grayrowd-Adel M, Poulat M. (2014). Le bégaiement commenter le surmener, Paris : Odite Jacob.
- 5- Huche,F,I, Allali. (1998). Le bégaiement option guérison, Paris : France. Albar Michel.
- 6- Huche,F,I. (1998). La voix thérapeutique des troubles vocaux, Paris : Masson.
- 7- International OM-11. (1993) Classification internationale des trouble mentaux et de trouble de comportement : critère et diagnostic de la recherche, Paris : Masson.
- 8- Monfrais-Pfauwadel, M. (2000). Un manuel du bégaiement, Marseille : Solal.
- 9- Monfrais-Pfauwadel, M. (2014). Bégaiement un manuel clinique, Paris.
- 10- Pierrat, B. (2011). Introduction dans le bégaiement de l'adulte, Mardaga.
- 11- Robert, P. (S.D). (2002). Défis dans l'évaluation du bégaiement chez les bilingues.
- 12- Van hout a, e. f. (2002). Les bégaiements : histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitement, Paris : Masson.
- 13- Van haut, f, Estienne. (2000). Le bégaiement, histoire, psychologie, évaluation, variation, traitement, Paris : Masson.

Article

1. Donaher, J, Richels, C. (2013). Impact clinique du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (tdah) sur le bégaiement de l'enfant : Enfance N°3.
2. Paulette, A, Ercolani, F. (2007). L'accompagnement parental au cœur des objectifs de prévention de l'orthophoniste.

Thèses :

- 1- Lucill, D, Sophie,T. (2014) . « Accompagnement familial ciblant les frères et sœurs d'un enfant qui bégaie» Institut d'orthophonie Gabriel Decroix, Lille.
- 2- Didirkova,I . (2016). « parole, langues et disfluences: une étude linguistique et phonétique du bégaiement » , université Paul-valery Montpellier 3.

Site web :

- 1- WWW.BEGAIEMENT.ORG

Annexes

Annexe 1 Anamnèse :

Identification

- L'âge actuel :ans

- Sexe :
 - Masculin

 - Féminin

- Le rang dans la famille :
 - Nombre de la fratrie :

- Niveau scolaire : Histoire du trouble :
 - Depuis quand bégaiés-tu ?

 - Depuis quand vas-tu chez l'orthophoniste ?

 - Était-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 ?

Annexes 3 : Grille d'observation effectuer aux parents

Les comportements des parents	Oui	Non
-Les parents demande à l'enfant de faire attention quand il parle		
-Les parents demande à l'enfant d'arrêter de bégayer		
-Demander de redire la phrase correctement		
-Faire des moqueries à l'enfant		
-Faire des encouragements pour bien parler		
-Des conseils pour l'enfant de type (Calme toi, détend toi, parle doucement)		
-Ignorer le bégaiement		
-Faire comme si de rien n'était		

Annexe 4 : la grille d'observation effectuer aux enfants

L'étape B : les exercices spécifiques aux enfants						
B1 : Les exercices de GTPM						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- La pompe à balancier						
2-Le tour du corps (relaxation yeux ouvert)						

B2 : Les exercices de souffle abdominal						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- Le seau magique de l'apprenti sorcier						
2- Le souffle du sagittaire						

B3 : Les exercices dits de mâchoire-langue						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- Les battements de langue						
2- Langue de chat / langue de rat						
3- La tondeuse de coiffeur						

B4 : Les exercices articuloire						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- Les trisyllabes pluri-vocaliques						
2- Les mots en bouche						
B5 : les exercices vocal						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- Lecture "recto-tono"						
B6 : Les exercices centrés sur l'OREV						
L'exercice	S1	S2	S3	S4	S5	Observations
	S6	S7	S8	S9	S10	
1- Le dessin dicté						
2- Le lego dicté						
3- Le jeu des signifiants						
4- Le texte à sous texte						
5- La créativité de l'image						

Résumé :

L'objectif de cette recherche est de décrire les étapes et les techniques utilisées dans la prise en charge des enfants bégues en suivant l'approche théorique de François le Huche.

Nous avons opté pour la méthode descriptive en élaborant une grille d'observation comme outil d'investigation, notre population d'étude est constituée de quatre cas bégues. Les résultats ont révélé que l'orthophoniste prend en charge les enfants ayant un bégaiement en suivant les étapes suivantes : le travail avec les parents et le travail avec les enfants ; les exercices de la gestion de la tension psychomotrice, exercices de souffle, exercices de mâchoire-langue, exercices vocaux, des exercices centrés sur l'OREV). Et que l'efficacité de la prise en charge orthophonique de bégaiement dépend de la coopération des parents ; plus les parents évitent l'utilisation des attitudes nocives avec l'enfant et appliquent les exercices de la prise en charge plus l'enfant va être proche de sa guérison.

Mots-clés : bégaiement, la prise en charge orthophonique, attitudes nocives.

Abstract:

The objective of this research is to describe the steps and techniques used in the care of stuttering children by following the theoretical approach of François le Huche.

We opted for the descriptive method by developing an observation grid as an investigation tool, our study population consists of four stuttering cases. The results revealed that the speech therapist supports children with stuttering by following the following steps: working with the parents and working with the children; psychomotor tension management exercises, breathing exercises, jaw-tongue exercises, vocal exercises, exercises focusing on the OREV). And that the effectiveness of speech therapy for stuttering depends on the cooperation of the parents; the more the parents avoid the use of harmful attitudes with the child and apply the exercises of care, the closer the child will be to recovery.

Keywords: stuttering, speech therapy, harmful attitudes