

Université de Strasbourg
Ecole d'Orthophonie de Strasbourg

Les bégaiements masqués : **comment lever le masque ?**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie

par Hélène SCHARAPAN

~~~~~

**Membres du jury :**

- **Président de jury : Elisabeth PERI-FONTAA, médecin O.R.L. phoniatre.**
- **Directeur de mémoire : Yolaine LATOUR-HENG, orthophoniste.**
- **Rapporteur : Anna GUIEYSSE-NARDIN, orthophoniste.**
- **Assesseur : Marie OSTER, orthophoniste.**

~ Juillet 2012 ~

## REMERCIEMENTS

Ce mémoire n'aurait pas pu aboutir sans un partenariat constructif et enrichissant. Je désire ici remercier tous ceux qui ont contribué à cette collaboration.

Je tiens tout d'abord à remercier le **Dr. Péri-Fontaa** d'avoir accepté de me faire l'honneur d'être la présidente de ce jury.

Mes remerciements vont également à **Mme Latour-Heng**, qui a encadré ce mémoire tout au long de cette année, et qui m'a encouragée et guidée avec une bienveillance jamais démentie. Je tiens également à vous témoigner ma sincère reconnaissance pour vos conseils pertinents et la finesse de votre analyse qui ont permis d'enrichir ma réflexion et de cheminer plus sereinement dans l'élaboration de ce travail de fin d'études.

Je ne sais comment exprimer ma gratitude à **Mme Guieysse-Nardin**, qui a accepté de juger ce mémoire en qualité de rapporteur. Je vous remercie de m'avoir fait découvrir le monde fascinant du bégaiement masqué, sans lequel ce mémoire n'aurait pas eu lieu d'être. Merci pour votre confiance, votre soutien et votre disponibilité.

Pour ses encouragements, son assistance morale et sa lecture attentive de mon travail, je remercie chaleureusement **Mme Oster**, ma « bonne fée orthophonique ».

Aux patients qui ont bien voulu accepter ma présence au cours de leur suivi orthophonique, je transmets ma profonde gratitude.

Enfin, ces remerciements ne seraient pas complets si je n'adressais pas un mot de reconnaissance à ma famille et à mes amis, qui m'ont soutenue et ont cru en moi tout au long de mes études.

## SOMMAIRE

|                                                                                                                |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Remerciements.....</b>                                                                                      | <b>p.3</b>  |
| <b>Sommaire.....</b>                                                                                           | <b>p.4</b>  |
| <b>Introduction.....</b>                                                                                       | <b>p.6</b>  |
| <b>PARTIE THEORIQUE.....</b>                                                                                   | <b>p.7</b>  |
| <b>CHAPITRE 1</b>                                                                                              |             |
| <b>Le bégaiement : terminologie, étiologie, représentation métaphorique.....</b>                               | <b>p.8</b>  |
| I. Terminologie.....                                                                                           | p.8         |
| II. Etiologie du bégaiement : une origine polyfactorielle.....                                                 | p.12        |
| III. Une représentation métaphorique du bégaiement installé : l'iceberg.....                                   | p.13        |
| <b>CHAPITRE 2</b>                                                                                              |             |
| <b>Comment lever le masque de la notion « bégaiement masquée » ?.....</b>                                      | <b>p.15</b> |
| I. Les bégaiements fluents dans l'histoire de la littérature médicale.....                                     | p.15        |
| II. Comment définir le bégaiement masqué ?.....                                                                | p.17        |
| <b>CHAPITRE 3</b>                                                                                              |             |
| <b>Les paramètres du masque : les attitudes réactionnelles handicapantes et la construction du masque.....</b> | <b>p.20</b> |
| I. Les attitudes réactionnelles handicapantes : la triade penser, ressentir, faire.....                        | p.21        |
| II. Le substrat du masque et le processus de construction du masque.....                                       | p.33        |
| <b>CHAPITRE 4</b>                                                                                              |             |
| <b>Le bégaiement masqué : le masque de la sévérité ?.....</b>                                                  | <b>p.37</b> |
| I. Hypothèses de sévérité d'après des arguments issus de la littérature scientifique.....                      | p.37        |
| II. Quid d'une éventuelle comorbidité psychiatrique ?.....                                                     | p.40        |
| III. Illustration de la sévérité du masque : le témoignage de Cédric.....                                      | p.41        |

|                                                                         |             |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>PARTIE PRATIQUE.....</b>                                             | <b>p.44</b> |
| <b>CHAPITRE 1</b>                                                       |             |
| <b>Problématique, hypothèses, méthodologie.....</b>                     | <b>p.45</b> |
| I. Problématique.....                                                   | p.45        |
| II. Hypothèses.....                                                     | p.45        |
| III. Méthodologie.....                                                  | p.46        |
| <b>CHAPITRE 2</b>                                                       |             |
| <b>Analyse des études de cas.....</b>                                   | <b>p.47</b> |
| I. Des patients disparates dans la symptomatologie de leur trouble..... | p.47        |
| II. Un projet de démasquage thérapeutique différencié.....              | p.55        |
| III. Approches communes du démasquage thérapeutique.....                | p.61        |
| IV. Des avancées thérapeutiques.....                                    | p.65        |
| <b>Discussion.....</b>                                                  | <b>p.70</b> |
| <b>Conclusion.....</b>                                                  | <b>p.72</b> |
| <b>Table des matières.....</b>                                          | <b>p.73</b> |
| <b>Bibliographie.....</b>                                               | <b>p.77</b> |

## INTRODUCTION

Les bégaiements masqués : quoi de plus paradoxal que d'associer deux termes qui semblent a priori aussi contradictoires ! C'est dans une volonté d'apporter davantage de limpidité à un concept plutôt déroutant que nous avons choisi de consacrer notre mémoire à ce thème. Notre démarche a été motivée par le désir d'essayer de lever les océans d'incompréhensions que le bégaiement masqué suscite. En effet, suite à la perplexité que nous avons rencontrée en évoquant ce trouble auprès des professionnels de santé et du grand public, nous avons voulu tenter de rendre ce bégaiement plus tangible.

Dans un premier temps, nous expliciterons donc en quoi le bégaiement masqué est bien un trouble de la communication qui affecte la production verbale. Explorer cette notion nous fera ensuite pénétrer au cœur de la pathologie « bégaiement », pour une meilleure appréhension de son entité masquée. Nous nous attarderons sur la description de ce masque et nous en démasquerons la dynamique de fabrication.

Puis, nous nous sommes questionnés quant à l'existence d'une éventuelle pluralité de masques, selon les individus. Nous nous sommes également demandé quelle était la nature du mécanisme de contrôle qui sous-tendait le masque. Enfin, nous avons souhaité comprendre comment, en tant qu'orthophonistes, nous pouvions aider les patients à lever leur masque, à le déconstruire. Dans cette perspective, nous avons assisté et participé à la prise en charge orthophonique de personnes bègues masquées dans des contextes de suivis individuels et de groupes thérapeutiques .

**PARTIE**  
**THEORIQUE**

# CHAPITRE 1

## Le bégaiement : terminologie, étiologie, représentation métaphorique

Le bégaiement est un trouble fonctionnel de l'expression verbale qui affecte le rythme de l'élocution en présence d'un interlocuteur. Il ne se manifeste pas de manière constante : il peut survenir à certains moments et non à d'autres.

La fréquence globale du bégaiement est de 1% , soit à peu près 650 000 Français. Mais paradoxalement, en dépit de son degré de prévalence et de ses répercussions psychologiques et sociales sur les personnes qui en souffrent, le bégaiement reste largement méconnu du public et fait l'objet de peu de recherches et de publications scientifiques.

Le bégaiement apparaît dans 70% des cas entre les âges de deux et cinq ans (dans 90 % des cas avant sept ans). Il peut ou non persister. La prépondérance masculine est de quatre garçons pour une fille après cinq ans, onze garçons pour deux filles vers l'âge adulte (Yairi, 1983) : l'imprégnation de la testostérone dans l'organisation de la différenciation cérébrale pendant l'embryogenèse pourrait en être l'explication (Galaburda et Geschwind, 1985). Des facteurs psychologiques sont également mis en avant, telle la nature des liens psycho-affectifs qui unissent un enfant à ses parents différemment selon qu'on est un garçon ou une fille. Il faut aussi prendre en compte une capacité de récupération meilleure chez les filles, grâce à un développement plus précoce de capacités métalinguistiques élaborées.

Ce trouble, extrêmement varié dans ses manifestations, disparaît spontanément dans 80% des cas avant l'âge de seize ans. Mais il n'y a aucun moyen de prévoir quels seront les sujets concernés par cette rémission.

Avant d'aborder le cœur de notre problématique, il est indispensable de procéder à un état des lieux médical de la notion même de bégaiement. Cet état des lieux nous permettra de mieux recontextualiser et circonscrire la pathologie du bégaiement masqué.

Nous commencerons par définir le terme « bégaiement », puis nous nous attarderons sur l'étiologie et la représentation métaphorique de ce trouble.

### **I. Terminologie**

Nous nous intéresserons aux définitions les plus usuelles proposées par la nosographie internationale et la littérature médicale.

#### **A. Bégaiement et classifications internationales : une approche plus symptomatique**

##### **1. Le bégaiement dans la Classification Internationale des Maladies, version 10**

Le bégaiement est classé par le CIM-10 sous le chapitre des troubles mentaux et du comportement, dans le groupe des troubles du comportement et des troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence. Il est codé F98.5 avec cette description : « *Le bégaiement est caractérisé par des répétitions ou des prolongations fréquentes de sons ou de syllabes ou de mots, ou par des hésitations ou des pauses fréquentes* »

*perturbant la fluence verbale. On ne parlera de troubles que si que si l'intensité de la perturbation gêne de façon marquée la fluence verbale. »*

## 2. Le bégaiement dans le DSM IV-TR<sup>1</sup>

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV) définit le bégaiement dans le chapitre des troubles de la communication. Les critères diagnostiques de la version actuelle du DSM-IV-TR sont les suivants :

- Perturbation de la fluence normale et du rythme de la parole (inappropriée pour l'âge du sujet), caractérisée par la survenue fréquente d'une ou plusieurs des manifestations suivantes :

- répétitions de mots ou de syllabes ;
- prolongations de sons ;
- interjections ;
- paroles entrecoupées (par exemple, les pauses dans un mot) ;
- blocages audibles ou silencieux (pauses dans le cours du discours, comblées par autre chose ou laissées vacantes) ;
- circonlocutions (pour éviter les mots difficiles en leur substituant d'autres mots) ;
- la production de certains mots est accompagnée de tensions physiques excessives ;
- répétition de mots monosyllabiques entiers (par exemple, « *je-je-je-je le vois* »).

- La perturbation de la fluence de la parole interfère avec la réussite scolaire et professionnelle, ou avec la communication sociale.

- S'il existe un déficit moteur affectant la parole ou un déficit sensoriel d'élocution, les difficultés d'élocution dépassent celles habituellement associées à ces conditions.

Dans la prochaine version publiée en 2013, le DSM-V, le bégaiement sera classé comme un trouble du développement et codé 307,0.

## **B. Bégaiement et littérature médicale : une approche plus globale**

### 1. Définition du bégaiement d'après le phoniatre F. Le Huche<sup>2</sup>

Si nous nous en référons au Dr François le Huche, le bégaiement est une tentative dramatique de maîtrise dynamique et structurelle de l'acte de parole en réponse à la défaillance de la relation d'altérité lors de la parole implicatrice. François Le Huche appréhende le bégaiement à trois niveaux :

- « *L'étage supérieur* », dit symptomatique : forme tonique, clonique, tonico-clonique et le bégaiement par inhibition caractérisé par des temps de suspension du discours. Des mouvements accompagnateurs peuvent concomitamment se manifester dans le comportement d'effort et de lutte, tels les syncinésies, les tics faciaux, la dilatation des ailes

---

<sup>1</sup> Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, qui est la référence mondiale couramment utilisée par les professionnels de santé mentale.

<sup>2</sup> Le Huche, F. (1998). *Le bégaiement, option guérison*. Paris : Albin Michel.



du nez, la perte du contact visuel, les gestes conjuratoires, les rires nerveux, les conjonctions d'appui et les embrayeurs inappropriés, les rougeurs et hypersudations, etc.

• « *L'étage intermédiaire* » des six malfaçons comportementales ou distorsions fondamentales qui caractérisent le comportement physique et mental de la personne bègue :

- inversion du réflexe normal de détente au moment des difficultés de parole ;
- perte du caractère automatique et spontané de la parole implicatrice ;
- perte du comportement tranquillisateur, c'est-à-dire perte de la possibilité de faire état de ses difficultés de parole ;
- perte de la possibilité de s'appuyer sur le discours d'autrui ;
- perte de l'auto-écoute ;
- altération de l'expressivité globale.

• « *L'étage profond* » qui concerne les facteurs psychologiques et les prédispositions héréditaires de la personne.

## 2. Définition du bégaiement d'après la phoniatre M-C. Montfrais-Pfauwadel

Selon le Dr Marie-Claude Monfrais-Pfauwadel<sup>3</sup>, le bégaiement est « *un trouble moteur de l'écoulement de la parole qui est alors produite avec plus d'effort musculaire, dans un contexte d'inversion du réflexe 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* ».

La phoniatre appréhende le bégaiement comme un trouble de la globalité de la communication. Ce trouble ne se résume pas à ses aspects les plus audibles et les plus visibles ; il peut entraîner aussi d'importantes répercussions psychologiques.

### **C. Le bégaiement : un trouble de la communication qui affecte la parole**

L'Association Parole Bégaiement définit le bégaiement comme « *un trouble de la communication affectant la parole, mettant plus ou moins gravement le sujet qui en souffre en situation de handicap* ».

Nous avons précédemment évoqué la sémiologie de cette « *désorchestration de la parole*<sup>4</sup> » : elle recouvre des symptômes très variés qui divergent selon les individus atteints. Attardons-nous donc, à présent, sur l'aspect communication.

#### 1. La communication : une co-construction

Le bégaiement s'exprime dans la relation à deux. Une personne qui soliloque ne bégai pas. Quand il persiste, le bégaiement devient un trouble de la communication : il s'inscrit donc dans une pathologie de la communication, dans la relation verbale à autrui.

La parole a une fonction de communication. Communiquer c'est transmettre un message d'un émetteur, le locuteur, vers un récepteur, l'interlocuteur, en utilisant des canaux de communication. La parole est un de ces canaux.

<sup>3</sup> Montfrais-Pfauwadel, M-C. (2000). *Un manuel du bégaiement*. Paris : Solal.

<sup>4</sup> Vincent, E. (2004). *Le bégaiement : la parole désorchestrée*. Toulouse : Milan.

Roman Jakobson<sup>5</sup> évoque six fonctions communicatives du langage :

- la fonction émotive, centrée sur le sujet ;
- la fonction conative, ou d'action sur autrui ;
- la fonction phatique, ou de maintien en état de fonctionnement des canaux de la communication : elle permet de maintenir le contact avec le destinataire du message verbal ;
- la fonction métalinguistique, permettant de discourir sur le code lui-même et sur son utilisation ;
- la fonction poétique, lorsque c'est la structure même du message qui est l'objet d'attention ;
- la fonction référentielle, lorsque l'analyse du discours se fait en fonction de ce que l'on a à dire.

La conversation s'appuie sur les deux pôles que sont le destinataire et le destinataire, dans un jeu de co-construction où locuteur et interlocuteur interagissent constamment. L'émetteur doit tenir compte de trois paramètres fondamentaux dans l'énonciation de son discours : la forme de l'élocution, le contenu de l'élocution et le destinataire de l'énonciation. Plus de 50% de la communication passe par le non-verbal, 38% par le para-verbal et seulement 7% du message serait transmis par le canal verbal explicite.

Sylvie et François Le Huche ont défini la notion d'OREV (objet référentiel de l'échange verbal). L'OREV s'installe dans le champ de l'interaction, il se perçoit, s'imagine et se construit en fonction des signaux non verbaux qui renseignent le locuteur sur la façon dont son propos est perçu par son auditoire. Objet immatériel, symbolique, en perpétuelle transformation, il s'ajuste par les associations, les images qu'il suscite, tant que dure l'interaction et dont chacun peut garder un souvenir (parfois différent) quand l'échange est terminé. L'OREV est une construction qui dépend donc de ce que chacun des partenaires de l'échange peut anticiper ou percevoir des réactions de l'autre, afin d'ajuster au mieux son message à la situation actuelle de communication.

## 2. Le bégaiement : une communication où la construction est solitaire

Chez le sujet bègue, la construction est solitaire : la forme fait l'objet d'une focalisation disproportionnée, au détriment du fond et de l'interlocuteur. La perception que la personne bègue a de son interlocuteur est biaisée par des expériences négatives qui ont laissé des traces mnésiques et émotionnelles. Ces traces amènent le sujet à privilégier une attention particulière à tout signal négatif perçu et à l'attente d'un jugement négatif quant à la forme de la parole qui sera émise.

Dans son coûteux effort cognitif à émettre une parole fluide, la personne qui bégaie exclut son partenaire du champ de l'interaction.

Celui-ci n'est plus considéré comme le co-constructeur de l'échange, mais perçu comme un interlocuteur-juge de la perfectibilité de sa parole, d'où la tentation de le neutraliser en l'effaçant. La personne bègue a le sentiment qu'elle gère seule l'échange. Tournée vers la réalisation de sa parole, elle ne veut pas voir, oublie, puis refuse le rôle du partenaire. Le décryptage des signaux non-verbaux est donc compromis : la communication est gauchie.

---

<sup>5</sup> Jakobson, R. (1963-1973). *Essai de linguistique générale*, éd. De Minuit, 2 tomes.

## **II. Etiologie du bégaiement : une origine polyfactorielle**

Le point de vue d'une origine polyfactorielle est celui qui est le plus communément admis. Il est impossible de trouver à l'heure actuelle une causalité au bégaiement. Néanmoins, sont mis en avant des facteurs constitutionnels et environnementaux susceptibles d'engendrer une apparition et une chronicisation du trouble. L'ensemble de ces éléments composent le triptyque des trois « P » (Anne-Marie Simon). Aucun de ces éléments n'est suffisant à lui seul pour expliquer l'installation du bégaiement : c'est l'intrication et la combinaison de ces facteurs qui vont constituer un terrain favorable au développement du bégaiement.

### **A. Les facteurs prédisposants**

Il s'agit des facteurs génétiques et constitutionnels (troubles linguistiques, facteurs neurologiques, psychologiques...).

#### **1. Le terrain familial**

Les études en cours évoquent la notion de « terrain de moins bonne fluence de la parole » dans certaines familles. En effet, dans plus de 50% des cas d'autres membres de la famille ont des troubles de la parole et du langage, liés ou non au bégaiement. « *Les recherches génétiques sur des familles pakistanaises, américaines et camerounaises ont mis en évidence une forte composante génétique* »<sup>6</sup>. Les gènes impliqués commencent à peine à être identifiés.

Ces causes génétiques sont cependant loin d'être exhaustives et n'expliquent pas l'universalité des bégaiements.

#### **2. « Un écart entre le désir de dire et la capacité à dire »<sup>7</sup>**

Certains enfants ont une moins bonne coordination des mouvements nécessaires à un langage rapide. Or, ces néo-locuteurs manifestent le désir de s'exprimer de façon exponentielle alors que leurs structures langagières ne seront neurologiquement matures que vers l'âge de huit ans. Dans ce contexte de tiraillement, le bégaiement peut trouver un terrain propice pour s'exprimer.

#### **3. Une certaine personnalité**

Du point de vue des psychosomaticiens, certains enfants ont plus de difficultés que d'autres à élaborer psychiquement les excitations, à mettre des mots sur leurs conflits, leurs émotions, leurs frustrations, à s'adapter à des situations nouvelles. Cela entraîne des tensions, des somatisations, dont le bégaiement peut être l'expression (en tant qu'altération de l'aspect moteur de la parole).

---

<sup>6</sup> Gayraud-Andel, M., et Poulat, M-P. (2011). *Le bégaiement : comment le surmonter*. Paris : Odile Jacob.

<sup>7</sup> Gayraud-Andel, M., et Poulat, M-P. (2011), *op. cit.*, p. 38.

## **B. Les facteurs précipitants**

Il s'agit presque toujours d'un fait qui a fait rupture dans l'équilibre du sujet. Dans certains cas, le bégaiement apparaît brutalement et 30 à 40% des parents font le lien avec un événement particulier, tels un déménagement ou la naissance d'un nouveau venu dans la fratrie. Il peut aussi s'agir d'un événement beaucoup plus grave. Quelques fois, le bégaiement s'est installé à « bas bruit » et la relation cause/effet est difficile à établir. Il peut s'inscrire également dans un contexte plus diffus tel qu'un climat d'insécurité familiale.

## **C. Les facteurs pérennisants**

Ce sont les facteurs qui favorisent l'installation du trouble, sa chronicisation. Ils peuvent être liés à l'attitude de l'environnement familial qui dispense des conseils inadéquats, se moque, fait montre d'une fausse indifférence, est exigeant quant à la qualité de la parole, exerce une pression éducative trop forte ou une pression temporelle inadaptée aux rythmes de l'enfant.

Ces facteurs peuvent être liés au sujet lui-même et trouver parfois un terrain favorable dans la précocité intellectuelle, l'exigence du mot juste ou les tensions psychiques qui tiraillent les enfants autour de l'âge de quatre ans et qui risquent de s'inscrire en tensions dans le corps.

## **III. Une représentation métaphorique du bégaiement installé : L'iceberg**

Nous avons vu que le bégaiement n'a pas de définition absolue qui englobe tous les aspects du trouble. Il est caractérisé dans la littérature et dans nos représentations mentales par ses aspects symptomatiques. Mais les définitions précédentes mettent déjà en évidence que ce trouble ne se limite pas aux bégayages.

A côté de cette symptomatologie apparente qui nous renseigne sur ce que le patient donne à voir et à entendre de son trouble, le bégaiement comprend également ce que F. Le Huche qualifie d'« *étage profond* ». Par conséquent, comparer le bégaiement à un iceberg permet une meilleure représentation et une meilleure appréhension de cette notion.

« Le bégaiement est comme un iceberg, avec seulement une petite partie au-dessus de la ligne de flottaison et une partie beaucoup plus importante en-dessous. »<sup>8</sup>



Sur l'image intitulée « L'Iceberg du bégaiement<sup>9</sup> », nous visualisons une petite portion au-dessus de la ligne de flottaison, partie émergée qui symbolise la partie visible du bégaiement, à savoir les différents types de bégayages et mouvements accompagnateurs qui altèrent l'intelligibilité de la parole (blocages, répétitions, prolongations de sons...). Ce morceau de glace représente le « Paraître bègue ».

La partie immergée, portion beaucoup plus importante de l'iceberg-bégaiement, symbolise la partie invisible du trouble. Ce soubassement représente l'« Etre bègue », et il est en étroite interaction avec la zone émergée. Il comprend les symptômes cachés, toutes les réactions d'un sujet à son trouble, son vécu, son ressenti. Certains d'entre eux sont énumérés à droite de l'image : la colère la honte, la frustration, le retrait, la peur, la panique, l'anxiété, la nervosité, l'évitement, l'humiliation, l'indignité, la peur, la stupidité, l'anormalité, l'idiotie, la crainte, l'incompétence, l'inintelligence, les envies suicidaires. Il faut comprendre que cette liste est loin d'être exhaustive et que chaque personne bègue a son propre iceberg.

Cette métaphore de l'iceberg, qui répond à la double nature du bégaiement, nous permettra de mieux conceptualiser la notion de bégaiement masqué dans le chapitre qui suit.

<sup>8</sup> Sheehan, J.C. (1970). *Stuttering : Research and therapy*. NY : Harper and Row.

<sup>9</sup> <http://www.stutteringtreatment.org>

## **CHAPITRE 2**

### **Comment lever le masque de la notion « bégaiement masqué » ?**

Si le bégaiement est peu connu du grand public et des professionnels de la santé, le bégaiement masqué l'est encore moins. Ce terme récent induit une perplexité d'autant plus grande que les deux mots qui le composent paraissent antinomiques au vu de la terminologie du bégaiement précédemment évoquée. La confusion vient du fait que lorsque nous parlons de bégaiement, nous référons indifféremment soit à une parole disfluente (les bégayages, troubles moteurs au sens strict), soit à un syndrome qui inclurait à la fois les bégayages et les réactions internes (un gauchissement des pensées, des émotions et des comportements) que cette parole entraîne quand le trouble est bien installé. Le mot bégaiement est donc à la fois le symptôme et le syndrome.

Or, il existe bien des personnes bègues avec une parole fluide. Cette catégorie de patients, longtemps méconnue et sous-estimée dans leur souffrance en raison de la nature non symptomatique de leur pathologie, commence à interpeller les thérapeutes du bégaiement. Le clinicien William Perkins<sup>10</sup> écrivait : « *Dans mon expérience, ceux que j'ai entendu se plaindre le plus amèrement et qui semblait le plus intensément avoir peur de bégayer, ont été des patients que j'ai rarement, voire jamais, entendu bégayer.* »

Alors que cinq fois plus d'hommes que de femmes souffrent de bégaiement, s'agissant du bégaiement masqué, le sexe ratio est inversé. En effet, dans l'étude citée par le Dr Schwartz<sup>11</sup>, sur un groupe de 87 bègues masqués, 62 étaient des femmes et 25 des hommes.

Comment rendre perceptible ce qui ne se voit ni ne s'entend ? Avant de tenter de clarifier le terme « bégaiement masqué », nous essaierons de resituer cette notion dans l'histoire de la littérature médicale.

## **I. Les bégaiements fluents dans l'histoire de la littérature médicale**

Le terme de bégaiement masqué est récent, mais si nous regardons de plus près dans la littérature médicale, cette notion y apparaît en filigrane ou sous une autre appellation. Des écrits démontrent bien que des thérapeutes avaient déjà pris conscience de l'existence d'une catégorie atypique de personnes bègues.

### **A. Le cryptobégaiement**

Le terme de cryptobégaiement est conçu à partir du préfixe -crypto- issu de la racine grecque « *kruptos* », qui signifie « caché ».

<sup>10</sup> Perkins, W.H. (1990). What is stuttering ? *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55 aug.

<sup>11</sup> Schwartz, M. F. ( 1991). *Stutter no more*. New York: Simon and Schuster.

Le sujet cryptobègue est une personne bègue adulte qui ne serait pas consciente qu'elle est bègue, voire qui ne serait pas perçue comme bègue grâce à des comportements d'évitement des situations de parole ou de mots où elle se sait bégayer.

En 1943, le Dr Emil Froeschels écrit au sujet de ces cryptobègues qu'ils camouflent et refoulent les symptômes les plus visibles. Ils ne bégaièrent pas, mais ils sont bègues puisqu'ils sont dans un évitement constant, dans la circonlocution et souffrent de troubles de l'évocation. Certains d'entre eux fonctionneraient inversement à un dictionnaire : au lieu d'utiliser un mot concis et adapté, ils délivrent un discours alambiqué et confus. Le sujet cryptobègue ne serait pas dans le déni, et le symptôme n'aurait même jamais affleuré sa conscience. C'est une palliation spontanée et inconsciente.

Dans son ouvrage de référence<sup>12</sup>, le Dr Montfrais-Pfauwadel évoquent ces sujets cryptobègues dans la rubrique des cas particuliers, s'agissant de la rééducation. Elle explique qu'il est très difficile de traiter les personnes cryptobègues ou les presque cryptobègues, « *car elles ont bien pesé de tout leur poids sur le sommet de leur iceberg afin qu'il ne dépasse pas ; un pour cent du problème est à l'air libre, et il faudrait en faire émerger plus afin de les traiter* ». Mais ce qu'elles ont à perdre est tel, que les inciter à entreprendre un suivi thérapeutique pour ce qui ne leur semble être qu'un trouble minime est presque une démarche vaine.

Les personnes bègues masquées seraient-elles être ces presque cryptobègues, dont le symptôme aurait peut-être commencé à affleurer la conscience ? La terminologie reste plutôt floue.

## **B. Le bégaiement fluent et la classification du Dr Schwartz<sup>13</sup>**

Selon le Dr Schwartz, une angoisse provoque le réflexe conditionné de contraction des cordes vocales (laryngospasme) qui à son tour déclenche le réflexe conditionné de déblocage des cordes, c'est à dire le bégaiement. Il distingue quatre types de bégaiements à partir d'un examen attentif d'un grand nombre de patients :

- Le type I : le bégaiement de forme classique. Le stress conduit à un blocage des cordes vocales ou laryngospasme, qui génère les mouvements de lutte et d'accompagnements responsables du bégaiement.

- Le type II : encore une fois le stress conduit à la fermeture des cordes vocales qui déclenche une lutte réflexe. Cependant, dans ce cas, la lutte ne fait pas partie du discours mais elle le précède. La difficulté peut être violente, mais la personne attend que les mouvements d'accompagnement soient stoppés, ce qui permet d'augmenter considérablement la fluidité du discours. Ce qu'on entend semble moins grave mais plus complexe, car sont déjà en place les mécanismes de contrôle.

- Le type III : le stress provoque aussi le laryngospasme. Mais, contrairement au patient de type II, plutôt que de lutter, le patient de type III décide de faire une pause et d'attendre le déverrouillage des cordes. Il choisit des moyens différents pour y arriver tels que se distraire d'une manière appropriée, attendre passivement que son stress soit évacué, ou inspirer faiblement, déglutir ou toussoter afin de maintenir les cordes vocales écartées avant l'élocution.

---

<sup>12</sup> Montfrais-Pfauwadel, M-C. (2000). *Un manuel du bégaiement*. Paris : Solal.

<sup>13</sup> Schwartz, M. F. (1991). *Stutter no more*. New York : Simon and Schuster.

- Le type IV : la chaîne de bégaiement est interrompue avant que le trouble ne commence. Le sujet bègue utilise un comportement d'évitement ou de diversion sociale quand son habitude consciente de balayage l'informe de la présence de « troubles à venir ».

Ce type est considéré comme le bégaiement caché ou « placard ». Vingt pour cent de tous les patients que le Dr Schwartz a vus au Centre National pour le bégaiement entrent dans cette catégorie. Ces « *closet* » bègues (ou bègues « du placard ») évitent les mots, les sons, et des situations d'élocution. Personne ne sait qu'ils bégayent, mais le prix qu'ils paient pour leur maîtrise est une vigilance constante.

Le docteur Schwartz précise que les personnes souffrant d'un bégaiement de type III et IV sont rarement vus en suivi thérapeutique, non pas parce qu'ils n'existent pas en nombre substantiel mais plutôt parce qu'ils ne demandent pas d'aide. Même si ces aspects du trouble ont un coût émotionnel considérable.

Les personnes bègues masquées relèvent clairement du bégaiement de type IV, selon le classement du Dr Schwartz. Elles apparaissent comme des personnes bègues conscientes de leur trouble, à la différence des cryptobègues évoqués précédemment.

## **II. Comment définir le bégaiement masqué ?**

### **A. « Masqué » : un adjectif qui prête à confusion**

« Masqué » est un qualificatif qui recouvre des réalités diverses dans le domaine du bégaiement. Cette pluralité entraîne une confusion dans la terminologie « bégaiement masqué ». En effet, dans la littérature médicale, « masqué » réfère indifféremment :

- à une parole dissimulée de façon délibérée par le destinataire, tels les évitements et substitutions de mots ;
- aux situations sociales que le destinataire cherche à éviter ;
- à ce qui n'est ni audible, ni visible chez le destinataire du message : les émotions, les comportements, les cognitions.

Chez les professionnels du bégaiement, cette hétérogénéité de significations induit des interprétations différentes de la notion « bégaiement masqué » :

- Pour David Shapiro, ce terme renvoie aux sentiments et pensées intériorisés.
- Pour Hugo Gregory, le bégaiement masqué renvoie à l'attente des difficultés et à la frustration, ce qui conduit à des comportements d'évitement et d'inhibition.
- Pour Moore et Rigo, ce trouble renvoie aux symptômes cachés du bégaiement.
- Pour les pays du Common-wealth, ce terme renvoie aussi bien aux bégaiements intériorisés qu'aux personnes bègues cachées ou bègues du placard (« *Closet stutterers* »).

Nous pouvons constater que les distinctions ne sont pas très précises. Celles de David Shapiro, d'Hugo Gregory, ainsi que celle de Moore et Rigo réfèrent aussi bien au bégaiement audible installé qu'au bégaiement masqué.



## **B. La clarification proposée par Mark Irwin<sup>14</sup>**

Dans son plaidoyer pour une nouvelle définition du bégaiement<sup>15</sup>, Mark Irwin propose de clarifier le terme « bégaiement masqué » en se plaçant du point de vue du locuteur et de son ressenti. Il part d'une scène imaginaire : « *trois hommes bavardent dans un bar. Le premier, Tom, a le bégaiement qui se remarque le plus du point de vue de l'interlocuteur.*

*Tom – Je bbbégaie. Quand je vvvais prendre un verre, cela me prend plus de ttemps pour commander une bbbière.*

*Dick – Je bbbégaie. Je commande un scotch parce que je ne peux pas dire bbbière.*

*Harry – Je bbbégaie. C'est gênant, frustrant. Aussi je sors rarement. J'évite les contacts. »*

Si l'on se place dans la perspective de l'interlocuteur, le bégaiement est la parole disfluente entendue par celui-ci (Tom). Si l'on se place du point de vue du locuteur, le bégaiement est :

- la parole bégayante entendue de façon disfluente par l'interlocuteur et que le locuteur ne dissimule pas (Tom) ;
- la parole bégayante entendue de façon fluente par l'interlocuteur mais que le locuteur dissimule (Dick) ;
- la parole bégayante et ses conséquences sur la qualité de vie (Harry).

Pour Mark Irwin, la solution serait de n'utiliser le terme de bégaiement masqué que lorsque nous avons à faire à une personne bègue qui relève du cas de Dick. Ne seraient alors qualifiés de bègues masqués que des sujets qui modifient délibérément leur parole lors de leur énonciation. Pour dissimuler ce qu'ils anticipent être des bégayages, ils omettent et substituent des mots ou font des circonlocutions.

Pour distinguer le qualificatif « masqué » de celui de simplement « caché » qui peut prêter à ambiguïté (cf. Harry, qui est dans le cas d'un évitement de situation), l'auteur propose de ne retenir ce terme que dans son acception la plus stricte, à savoir celle de « dissimulé » ou « délibérément caché ». Cette notion ne peut donc renvoyer aux symptômes cachés ou non apparents du bégaiement qu'évoquent Moore et Rigo. En effet, on ne peut décrire des réactions émotionnelles comme masquées, simplement parce qu'elles ne nous sont pas visibles.

Pour résumer, la définition la plus adéquate du bégaiement masqué serait alors la suivante : « *Un bégaiement qui comporte l'omission et la substitution de mots ainsi que les circonlocutions dans le but de cacher ce que le locuteur sait que ce serait sinon un bégayage visible.* »<sup>16</sup>

---

<sup>14</sup> Ancien président de l'*International Stuttering Association* et lui-même bègue.

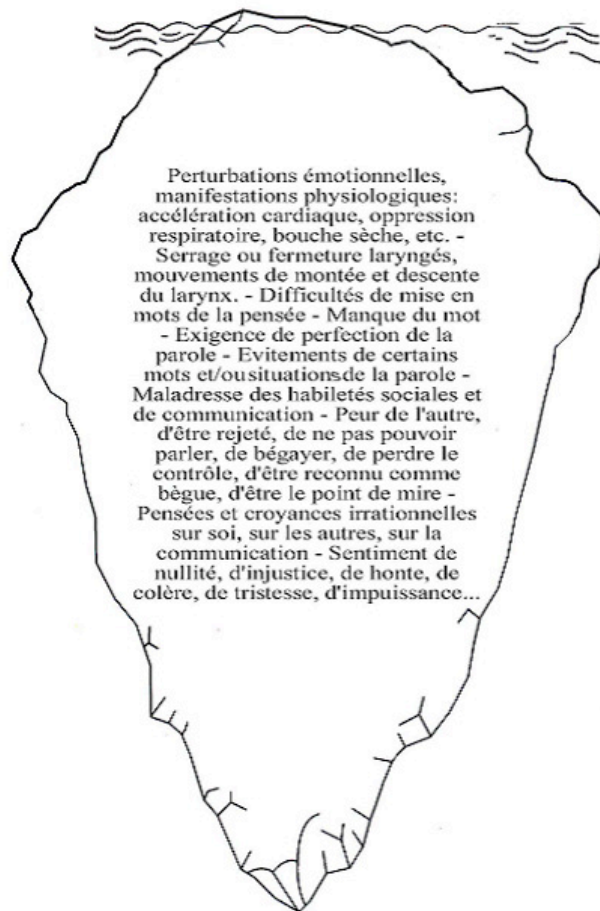
<sup>15</sup> Irwin, M. (trad. A-M. Simon), (2009). Le syndrome de la parole bégayée. *Orthomagazine*, 80, 20-24.

<sup>16</sup> Harrisson, J.C. ( 2011). Redéfinir le bégaiement : la vraie nature du combat pour s'exprimer. In M., Irwin, *Définir le bégaiement selon la perspective du locuteur* (pp. 420-428). San Fransisco : Words that Work.

Afin de rendre le bégaiement masqué plus tangible dans la pathologie « bégaiement », il serait intéressant de mettre en avant d'autres définitions du bégaiement. Ainsi, le bégaiement pourrait être dans toute son acception :

- « Une incapacité temporaire, soit apparente soit dissimulée de formuler des énoncés de type linguistique de façon fluente », tel que le formulait déjà William H. Perkins en 1984.
- « Une étiquette diagnostique référant à un syndrome clinique caractérisé le plus souvent par des disfluences anormales et persistantes de la parole, et associées à des éléments affectifs, comportementaux et cognitifs spécifiques », selon Anne-Marie Simon<sup>17</sup>.

### C. La représentation de l'iceberg-bégaiement masqué



Cette illustration<sup>18</sup> symbolise parfaitement le concept de bégaiement masqué. Chez certains bègues masqués, la ligne de flottaison peut parfois recouvrir tout le bloc de glace. Dans le soubassement de l'iceberg sont inscrits les symptômes cachés fréquemment rencontrés dans le bégaiement. Chaque sujet bègue a son propre iceberg dont les symptômes, dans toute leur singularité, participent à l'entretien du bégaiement. Traiter du bégaiement masqué, équivaut donc à aborder l'« Etre bègue ».

<sup>17</sup> Orthophoniste et présidente de l'Association Parole Bégaiement.

<sup>18</sup> Remaniée à partir de l'iceberg proposé par Gayraud-Andel, M., et Poulat, M-P. (2011), *op. cit.*, p.25.

## **CHAPITRE 3**

### **Les paramètres du masque : les attitudes réactionnelles handicapantes et le processus de construction du masque**

*« Les attitudes sont un état de préparation mentale et neuronale. Elles prédisposent à agir d'une certaine manière quand la situation implique la présence (réelle ou virtuelle) de l'objet de l'attitude. C'est une force acquise qui pousse l'individu à se conduire de telle ou telle manière ; c'est un état d'esprit de l'individu envers une valeur (Raymond et Alaphilippe).*

*Cet état mental intérieur est en corrélation directe avec les émotions, conçues comme interfaces entre le Soi et le monde extérieur. L'attitude, une fois constituée, est engrangée en mémoire comme une macro-commande ; en présence de son objet, l'attitude sera réactivée et déclenchera ses propres comportements cette fois sans passer par la conscience ou presque. J'ai agi machinalement, j'ai agi sans réfléchir dira l'individu en proie à une conséquence néfaste d'une de ses attitudes.*

*Les attitudes seront le révélateur le plus flagrant pour chaque individu de son échelle de valeur et d'où il y a mis le curseur. C'est en quelque sorte un préjugé dans le sens d'un jugé à l'avance. C'est certainement une restriction du Soi vers autrui, mais restriction qui a en même temps un rôle psychologique de pare-excitation et de défense automatique. »<sup>19</sup>*

Les dimensions de l'attitude sont de trois ordres : une dimension cognitive (les pensées ou cognitions) ; une dimension émotionnelle (ou affective) ; une dimension comportementale (les actions). Face à l'objet de son attitude, la personne bègue masquée aura donc des réponses cognitives, émotionnelles et comportementales.

Les attitudes réactionnelles (au bégaiement) handicapantes sont « *les comportements et pensées rationnels ou irrationnels sous-tendant un comportement réactionnel à un événement ponctuel ou durable, qui inhibent le comportement, entravent la personnalité et nuisent gravement à la vie psychologique de l'individu.*<sup>20</sup> » Ces attitudes sont « bégogènes » chez les personnes bègues « à découvert » ou masquées. Elles sont basées sur des croyances ou distorsions cognitives. Elles constituent le soubassement de l'iceberg-bégaiement, et sont de composition et de densité variables selon les personnes, leur vécu, leur singularité.

Afin de les identifier et de comprendre leur dynamique de fonctionnement nous nous plongerons sous la ligne de flottaison de l'iceberg, dans la partie immergée du bloc de glace.

<sup>19</sup> Montfrais-Pfauwadel, M-C. (2000), *op. cit.*, p. 95.

<sup>20</sup> Gayraud-Andel, M., et Poulat, M-P. (2011), *op. cit.*, p.315.

## **I. Les attitudes réactionnelles handicapantes : la triade penser, ressentir, faire**

Nous nous placerons dans la perspective de l'approche cognitivo-comportementale. Elle nous aidera à mieux cerner les éléments constitutifs du masque et leur dynamique.

### **A. Penser**

#### **1. Que sont les cognitions ?**

Les pensées ou cognitions sont automatiques, spontanées. Il s'agit de monologues ou dialogues internes dont le contenu peut être positif, négatif ou neutre. Elles représentent l'ensemble du discours intérieur que toute personne se tient en permanence. F. Dejong Estienne (1995) les qualifie de « prêts-à-penser », s'imposant à nous, sans notre accord, de façon invasive, sans nous laisser le temps d'envisager l'événement ou objet de notre attitude sous une autre perspective. Elles ont souvent un caractère catégorique, peu critique ; elles sont le fruit d'une certaine logique mais non vérifiée ; elles sont subconscientes. D'elles dépendent notre comportement et nos émotions (A. Ellis, 1992).

Ces cognitions sont inscrites en nous et sont influencées par notre attention, notre vécu, et sont l'aboutissement de la perception que nous avons des informations extérieures et intérieures qui nous arrivent. Or, cette analyse perceptive peut-être déformée, tordant la réalité : les pensées deviennent alors des distorsions cognitives.

Chez la personne bègue, la perception de la réalité se fait au travers du filtre de son bégaiement qui génère des interprétations faussées, biaisées. Ce qui l'amène à développer des pensées négatives qui l'enferme dans un carcan inextricable de « *je dois* », « *il faut* » excessifs, restrictifs et délétères.

#### **2. Les pensées (cognitions) irrationnelles**

Les cognitions irrationnelles ou distorsions cognitives sont des altérations et des erreurs qui interviennent dans le traitement de l'information. Elles sont de six ordres<sup>21</sup> :

- L'inférence arbitraire, qui consiste à tirer des conclusions formelles d'une situation ou d'une sensation en l'absence de preuves ou avant même de les rechercher. Ex : « *Si je bégaie devant des personnes qui ne me connaissent pas, elles auront immédiatement une mauvaise image de moi.* »
- La généralisation, qui consiste à tirer des conclusions globalisantes à partir d'une situation spécifique. Ex : « *J'ai manqué cette affaire, je suis vraiment nul.* »
- L'abstraction sélective, qui consiste à privilégier des événements qui vont confirmer un a priori, en isolant une information de son contexte et en tirant une conclusion.
- La personnalisation, qui consiste à surévaluer le lien entre certains événements en les rapportant à soi. Il s'ensuit une culpabilité irraisonnée. Ex : « *Tout est de ma faute.* »
- La maximilisation du négatif et la minimilisation du positif, qui consistent à majorer l'aspect négatif d'un événement, d'une situation et à mésestimer, réduire l'aspect positif.
- Le raisonnement dichotomique, qui consiste à percevoir une situation, un événement sans nuance ; c'est tout ou rien, tout blanc, tout noir.

---

<sup>21</sup> Van Hout, A., Estienne, F. (2002). *Les bégaiements: Histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements*. Paris : Masson.

a) Les pensées irrationnelles (distorsions cognitives) chez les personnes bègues « à découvert »

Si la dimension cognitive de l'attitude est fondée sur une perception erronée de la réalité, on parlera d'une croyance ou d'une pensée irrationnelle. Dans ces croyances, l'élément irrationnel et affectif devient prépondérant, ce qui les rend souvent irréductibles au réel quand elles y sont confrontées. C. B. Grégory<sup>22</sup> a inventorié dix pensées irrationnelles chez la personne bègue :

- « *Quand je bégaie, je suis perçu par les « locuteurs normaux » comme quelqu'un d'anormal et j'ai honte. »*
- « *Habituellement, les gens semblent surpris ou malheureux quand je bégaie. Ils seront surpris aussi, si je change ma façon de parler d'une quelconque manière qui serait apparente. Je ne peux pas supporter de voir désapprobation ou surprise sur le visage d'autrui. »*
- « *La question du bégaiement est une question répugnante et ne devrait jamais être abordée en public ou lors d'un entretien d'embauche. »*
- « *Les gens normaux pensent que les personnes bègues sont instables sur le plan psychologique et ne devraient jamais être recrutées pour un emploi, même s'ils ont les plus hautes qualifications. Si j'ai un poste, je pourrais le perdre en laissant apparaître mon bégaiement et ce ne serait même pas la peine de me présenter à un autre entretien d'embauche. »*
- « *Je dois apprendre à parler parfaitement, comme les gens normaux, ce qui veut dire très vite, avec peu de temps de pause. »*
- « *On ne doit pas s'apercevoir que je suis dans une période de changement pour ma parole. Cela me gêne et cela me trouble quand quelqu'un remarque quoique ce soit concernant ma parole, même si celle-ci est fluente. »*
- « *Je ne peux pas parler si je suis anxieux. »*
- « *Les gens normaux n'ont pas à réfléchir à leurs paroles, donc moi non plus. »*
- « *Les gens normaux n'ont pas à s'entraîner pour parler ; aussi quand j'aurai appris à parler correctement, je n'aurai plus à m'entraîner. »*
- « *Les locuteurs normaux ne ressentent jamais ni tension ni sentiment d'insécurité quand ils parlent. Pour moi, cela doit être pareil. »*

Ces distorsions cognitives prennent la forme d'interprétations, d'anticipations, de ruminations ou de jugements de valeurs. Les références à la « normalité » sont omniprésentes. Ces croyances ne sont pas exhaustives, car chaque individu possède un schéma de pensées irrationnelles complexe et singulier. Qu'en est-il des pensées irrationnelles des personnes bègues masquées ?

---

<sup>22</sup> Gregory, C. B. (trad. A.M. Simon), (1993). Idées irrationnelles chez la personne bègue. *Glossa*, 33, 16-19.

b) Les pensées irrationnelles (distorsions cognitives) chez les personnes bègues masquées

Dans leur mémoire<sup>23</sup>, Hélène de Cordoue et Jessica Etcheverry ont répertorié une dizaine de distorsions non exhaustives extraites de témoignages de sujets bègues masqués<sup>24</sup>.

- « *Si je peux cacher mon bégaiement à tout le monde même à mes proches, alors je ne suis pas vraiment bègue.* »
- « *Je culpabilise d'avoir la maîtrise de mon bégaiement par des évitements car j'ai l'impression d'être un imposteur aux yeux des gens.* »
- « *Si les gens autour de moi découvrent mon bégaiement, alors ils sauront que j'ai menti en cachant mon bégaiement.* »
- « *Si je bégaie devant des personnes qui ne me connaissent pas, elles auront immédiatement une mauvaise image de moi.* »
- « *Il faut que je fasse des efforts pour que ma parole soit plus fluide.* »
- « *Je pense que je ne pourrai jamais atteindre la fluence de mes interlocuteurs, ils n'ont jamais d'accroc dans leur parole.* »
- « *Les gens doivent croire que mon intelligence est limitée tant ma communication est anarchique.* »
- « *Quand je bégaie, je suis ridicule.* »
- « *Je ne dois pas bégayer sinon je ne serai pas aimé.* »

En filigranes de ces croyances, transparaisent le déni, la culpabilité et la peur d'être démasqués. La notion de dissimulation y est explicite ou implicite, et le rapport à l'image de soi est récurrent. Certaines pensées irrationnelles sont communes aux bègues « à découvert », tel le mythe de la parole parfaite.

Ces distorsions sont le reflet de deux mécanismes ordinaires, quoique nocifs, de défense du moi :

- La projection de ses propres sentiments sur autrui : « *Si je bégaie devant des personnes qui ne me connaissent pas, elles auront immédiatement une mauvaise image de moi.* »
- La rationalisation : « *Si les gens autour de moi découvrent mon bégaiement, alors ils sauront que j'ai menti en cachant mon bégaiement.* » = alors, autant ne pas changer !

---

<sup>23</sup> De Cordoue, H., Etcheverry, J. (2010). *Les bégaiements intériorisés : une parole sous contrôle*. Mémoire présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie de l'Université de Nantes.

<sup>24</sup> Témoignages extraits du site <http://stutteredspeechsyndrome.com>

## B. Ressentir

Nous abordons, à présent, le domaine des émotions. Ces ressentis sont considérés comme des affects de plaisir ou de déplaisir souvent intenses que nous éprouvons.

### 1. Les émotions négatives

Les émotions peuvent être diagnostiquées négatives en ce qu'elles nous empêchent d'agir dans le sens désiré, ou qu'elles sont vécues comme désagréables. Cela suppose de partir du postulat qu'elles sont en adéquation avec notre manière de vivre les événements. Les émotions négatives des personnes bègues masquées sont provoquées par leurs distorsions cognitives.

Les ressentis s'incarnent dans des sensations physiques dues à des modifications physiologiques (activation du système neurovégétatif et hormonal) et à des stimuli dont la perception dépend des expériences antérieures. Des facteurs extérieurs comme la fatigue ou le stress peuvent faire varier la sensibilité émotionnelle.

Un auteur comme Leventhal<sup>25</sup> distingue trois niveaux fonctionnels différents dans le système émotionnel :

- **Le niveau sensori-moteur**, qui est le niveau de déclenchement automatique d'un programme expressivo-moteur inné et de systèmes d'activation cérébrale en réponse à des stimulations externes ou internes. La fonction est probablement de l'ordre de la communication interpersonnelle. C'est à ce niveau que se situe la composante corporelle ou physiologique des émotions négatives, tels l'hypersudation, la tachycardie, les bouffées vasomotrices, etc.

- **Le niveau schématique**, qui est le deuxième niveau d'élaboration émotionnelle. Il correspond à la création de schémas typiques pour chaque émotion, grâce à la répétition des expériences émotionnelles qui permet une certaine généralisation.

- **Le niveau conceptuel**, où l'activation d'un schéma émotionnel est accompagnée par l'évocation de toutes les composantes subjectives, à la base du vécu éprouvé. L'apprentissage se diversifiant, les représentations internes sont riches et variées. Cette étape est le dernier niveau d'élaboration. Ce niveau conceptuel recouvre les souvenirs abstraits et propositionnels (et non concrets) des situations capables d'évoquer un certain type d'émotion, et les règles qui permettent de répondre à ces stimulations d'une façon adaptée, en fonction du groupe social d'appartenance. C'est à ce niveau qu'émergent les interprétations et pensées irrationnelles qui accompagnent les personnes bègues masquées au moment de l'activation de l'émotion.

L'émotion, de phénomène physiologique (sueur, tachycardie, nœud à l'estomac, faiblesse à l'estomac, hypertension...), devient un sentiment (phénomène psychologique) : honte, peurs, tristesse, frustration, colère, sentiment de nullité, etc. La façon émotionnelle d'interpréter la situation devient alors plus importante que la situation elle-même.

---

<sup>25</sup> Cité par Philippot, P. (2007). *Emotion et psychothérapie*. Wavre : Mardaga.

## 2. Les sentiments négatifs de la personne bègue masquée

Ces sentiments négatifs ont des effets sur la personnalité de la personne bègue masquée qu'ils contribuent de modeler, avec comme conséquence l'entretien du trouble. Ils s'ancrent dans les émotions dont ils sont la composante intrapsychique. Ces sentiments sont hétérogènes (frustration, colère, sentiment de nullité, « humeur » dépressive, etc.) et variables en densité selon la singularité et la sensibilité de chacun. Ils se cristallisent et s'articulent autour de deux grands axes : l'anxiété verbale réactionnelle, la peur, et le continuum gêne – honte – culpabilité – déni.

### a) Premier axe : peur et anxiété verbale anticipatrice

- La peur

« *Les bègues masqués sont des bègues invisibles, gouvernés par la peur et la honte...* »<sup>26</sup> La peur recouvre plusieurs aspects :

- La crainte de montrer son trouble, d'être démasqué. La personne bègue masquée est toujours sur le qui-vive, dans une perpétuelle vigilance d'éviter une « catastrophe de la parole ».
- La crainte du jugement des autres, qui est omniprésente avec la peur d'être dévalorisé aux yeux des interlocuteurs. La distorsion des cognitions ne fait qu'amplifier cette appréhension de l'autre-juge.
- La peur du ridicule.
- La peur de prendre la parole, qui est d'autant plus grande que les interlocuteurs sont nombreux. Le degré de familiarité peut avoir un impact également.
- La peur du silence, qui induit une focalisation de l'attention sur celui qui s'exprime, qui peut être synonyme de pressions temporelles trop fortes et générer une impossibilité de reprendre l'élocution après une pause active.
- La peur de l'expression de soi, quand l'estime de soi, le narcissisme sont blessés.

- L'anxiété verbale d'anticipation

L'anxiété est un état émotionnel de tension nerveuse et de peur. Fort et souvent chronique, cet état est ressenti comme désagréable. L'anxiété verbale est dite anticipatrice, car elle est liée à l'anticipation par la personne bègue des difficultés de communication que son élocution va générer (stresseur interne) s'agissant de certains sons ou mots. Ces difficultés sont le fruit d'une maîtrise lacunaire des habiletés sociales de communication.

Cette anxiété réactionnelle de l'acte élocutoire est étroitement tributaire de situations sociales pré-identifiées comme anxiogènes (stresseurs externes). Chez les patients bègues masqués vus en consultation, ces contextes anxiogènes étaient : les situations de groupe (d'amis ou de collègues), les entretiens d'embauche, parler au téléphone. A une des

---

<sup>26</sup> Extrait d'un témoignage issu du site <http://goodbye-begaiement.blogspot.fr/2010/01/begaiement-masque-le-grand-secret.html>



jours mondiales du bégaiement, une jeune femme bègue masquée<sup>27</sup> a comparé l'émotion ressentie au moment de décrocher le téléphone à « *un éclair foudroyant* ». L'objet prenait chez elle une ampleur telle qu'elle l'identifiait à un « *monstre qui hurle dans tous les murs, pire qu'en boîte de nuit* ».

Cette énumération n'est pas exhaustive et les circonstances anxiogènes sont également dépendantes du statut social de l'interlocuteur (stresseur externe).

L'anxiété d'anticipation trouve son origine dans le vécu personnel d'interactions sociales perçues comme stressantes. Le stress est un phénomène physiologique qui se déclenche et se déroule sans intervention de la volonté, même si le sujet bègue est conscient de la menace et conscient de sa propre réaction. Trois effets psychologiques du stress sont retrouvés : la focalisation de l'attention sur la situation menaçante, chassant provisoirement de la conscience les autres préoccupations et pensées en cours ; la mobilisation des capacités cognitives (attention, mémoire, évaluation, raisonnement) ; l'incitation à la prise de décision et à l'action. Le stress est une réaction réflexe, utile, adaptative pour échapper ou faire face à un danger. Chez la personne bègue masquée, il est un renforçateur négatif des stratégies d'évitements verbaux pour faire face au danger, et un renforçateur négatif des évitements sociaux pour y échapper. A force de répétitions, les épisodes de stress et leurs corollaires comportementaux s'engramment dans le cerveau comme des « prêts-à-penser ». Et ils finissent par s'incarner dans une anxiété anticipatrice.

#### b) Deuxième axe : le continuum gêne, honte, culpabilité, déni

- La gêne

Le sujet bègue peut avoir la sensation que ses bégayages contrarient et déstabilisent son entourage proche, puis extérieur, qui le manifestent par un comportement inadapté (froncement de sourcil, détournements de regard, moqueries, réactions d'agacement...). Si ces tentatives de remédier à ses accidents de paroles sont voués à l'échec, là où il faudrait des mots pour dédramatiser le trouble du bégaiement et rassurer le sujet bègue, un « indicible silence » s'installe. Faute de savoir comment réagir. Ce sentiment de gêne persiste et perturbe les interactions familiales et sociales. Parler du bégaiement devient progressivement un sujet tabou sur lequel le trouble va s'ancrer. « *Le tabou est ce sur quoi on fait silence, c'est un interdit si catégorique d'énoncer un signifiant que l'énoncé de l'interdit en devient impossible à formule.* »<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> Témoin qui s'exprimait à la journée mondiale du bégaiement organisée par l'association parole bégaiement. Strasbourg, le 21 octobre 2011.

<sup>28</sup> Association Parole Bégaiement, Vincent, E. (coord.), (2009). « Image de soi, regard de l'autre » chez le sujet bègue. In M., Paperman, *L'inquiétant comportement tranquillisateur*, (pp.191-202). Paris : l'Harmattan.

- « *Le masque de la honte* »<sup>29</sup>

*« Le sentiment de honte ou de fierté résulte de l'interaction entre les deux récits : le récit de soi dialogue avec le récit que les autres font sur nous-mêmes. Il n'est pas nécessaire que les récits d'alentour soient énoncés pour nous faire taire. Une phrase par-ci, un silence par là, un film, un éclat de rire structurent l'environnement parolier où la blessure prend sens. Dans une telle enveloppe verbale, on peut très bien mourir de dire et souffrir de ne pas dire. »*<sup>30</sup>

Ce sentiment de honte accompagne les personnes bègues masquées dans un quotidien qu'elle rend particulièrement douloureux. Installée, la honte se vit comme une expérience d'anéantissement, de confusion ou de vide. Elle infiltre tous les sentiments pour finir par fragiliser la personnalité et endommager l'identité. Sentiment insaisissable, elle est souvent qualifiée d'émotion mixte, « *c'est-à-dire un mélange d'émotions simples dont elle se distingue toutefois par sa complexité et ses dimensions multiples (sociale, narcissique - liée à l'égo et à l'identité -, corporelle et spirituelle). On peut se la représenter comme un court-circuit en interne entre peur et colère essentiellement : le sujet a peur pour des raisons de sécurité et d'appartenance ; il a peur du rejet et de l'exclusion.* »<sup>31</sup>

Les causes de la honte peuvent être d'origine différente. Chez la personne bègue masquée, elle s'ancre dans des causes externes familiales, les plus efficaces puisque chargées d'affect. Elles se déploient dans des causes externes sociales, comme à l'adolescence où le contexte du collège et du lycée peut-être redoutable. En effet, l'adolescence est une période critique où l'identité au sein du groupe se construit par la capacité à faire des blagues, de l'humour ; cependant, comment avoir le temps d'élaborer un double niveau de langage quand on est coincé dans la communication ?

Tout le monde participe à la honte : ce sentiment provient toujours d'un effondrement de l'estime de soi et présuppose l'intersubjectivité. Selon Serge Tisseron, la honte est un regard qui met à nu, qui ferait intrusion dans l'intérieur même du corps ; le sujet se sent transpercé. Au départ externe au sujet, elle devient intériorisée.

Cette honte est révélatrice du fait que la personne bègue masquée n'assume pas l'objet de sa honte, à savoir son bégaiement. « *Elle est un affect dont le message inconscient pourrait se décoder en " il y a quelque chose qui cloche en moi, je dois en avoir honte ! Ce quelque chose fait que je ne peux pas être OK, je ne peux pas être accepté ou aimé tel que je suis, je ne suis pas digne de cela, je vauds moins que les autres."* Cette croyance est au cœur du thème de la honte.<sup>32</sup> » Chez la personne bègue ce « *quelque chose* », forcément identifiable et irréductible, est son trouble. Celui-ci devient source de honte si de stigmaté enfoui, il devient stigmaté révélé. Les personnes bègues masquées vivent dans la hantise l'humiliation de la divulgation. « *Les bègues masqués sont des bègues invisibles, gouvernés par la peur et la honte, prêts à tout dissimuler, même à passer pour de parfaits abrutis.* »<sup>33</sup> Cette peur d'être rabaissés génère des comportements d'évitements sociaux, d'enfouissement et de colère intense refoulée. Le fait de parvenir à camoufler le bégaiement aux autres et à eux-mêmes renforce leur sensibilité aux circonstances où il pourrait se révéler. Le honteux a peur d'autrui et reproche à autrui de l'effrayer.

<sup>29</sup> Association Parole Bégaiement, Vincent, E. (coord.), (2009). « Image de soi, regard de l'autre » chez le sujet bègue. In M-P., Poulat, « *Le masque de la honte* » (pp. 203-211). Paris : l'Harmattan.

<sup>30</sup> Cyrulnick, B. (2010). *Mourir de dire, la honte*. Paris : Odile Jacob.

<sup>31</sup> Association Parole Bégaiement, Vincent, E. (coord.), (2009), *op. cit.*, p.204.

<sup>32</sup> Association Parole Bégaiement, Vincent, E. (coord.) (2009), *op. cit.*, p.207.

<sup>33</sup> Extrait d'un témoignage issu du site <http://goodbye-begaieement.blogspot.fr/2010/01/begaieement-masque-le-grand-secret.html>

Les sujets bègues sont dans ce paradoxe de la honte : celui de « mourir de dire » leur bégaiement, et celui de « souffrir de ne pas dire » leur trouble. Ce tiraillement est particulièrement en exergue dans la population bègue masquée : là où les personnes bègues « à découvert » sont davantage exposés à des bégayages qui disent le trouble, même si non intentionnellement, les personnes bègues masquées ont une élocution qui le tait. Leur secret est bien gardé et amplifie le sentiment de honte.

- La culpabilité

La honte entretient un sentiment de dévalorisation, d'amertume, ainsi qu'un sentiment de reproche vis-à-vis de celui sous le regard duquel on se sent rabaissé. En revanche, la culpabilité qui est dans l'univers de la faute, entretient de la souffrance vis à vis de soi-même.

La personne bègue masquée peut être hostile envers elle-même, car elle croit être à l'origine des attitudes négatives qu'elle suscite ou qu'elle croit susciter dans son entourage : « *Je ne dois pas bégayer sinon je ne serai pas aimé.* » Elle peut aussi se sentir fautive de tromper son entourage proche et lointain en raison des stratégies de leurres mises en place pour dissimuler son trouble : « *Je culpabilise d'avoir la maîtrise de mon bégaiement par des évitements car j'ai l'impression d'être un imposteur aux yeux des gens.* »

- Le déni

Le déni repose sur une pensée magique qui coupe du réel : il est donc annonciateur de détresse à venir. Il porte sur l'affect associé à la mémoire du vécu du trouble. « *Le déni est une stratégie protectrice qui permet de minimiser l'impact émotionnel de l'agression.* »<sup>34</sup> Cet affect imprégné de honte génère une volonté de nier une part de son identité : « *Si je peux cacher mon bégaiement à tout le monde, même à mes proches, alors je ne suis pas vraiment une personne qui bégaie.* »<sup>35</sup> S'agissant du bégaiement, le déni réside dans le refus d'accepter son identité de personne bègue, cette représentation de soi « souillée ». Avec l'idée que si on l'ignore ou si on n'y fait pas attention le trouble va finir par disparaître. Dans le bégaiement masqué, ce refus s'exprime dans la mise en œuvre paroxystique de stratégies d'enfouissement de tous signes audibles et visibles de cette « tache ».

Personne ne peut indéfiniment continuer à vivre avec une « amputation » d'une partie de sa personnalité. Si le déni protège un temps, un événement banal de l'existence peut faire exploser au grand jour le chaos intime, et la vie du sujet « s'écroule ». Le risque d'impact sur le Moi est d'autant plus important chez les personnes bègues masquées que cette illusion de ne pas être bègue peut se prolonger et s'entretenir du fait de la non perception et de la non connaissance par autrui de leur trouble.

---

<sup>34</sup>Cyrułnick, B. (2010), *op. cit.*, p. 98.

<sup>35</sup> Extrait d'un témoignage issu du site <http://stutteredspeechsyndrome.com>

## **B. Faire : Les comportements des personnes bègues masquées**

« *Le comportement est un phénomène plus ou moins complexe, une action sous triple influence : cognitive, affective et motrice. Les manifestations d'un comportement peuvent se voir ou pas.* »<sup>36</sup> Les symptômes apparents du bégaiement correspondent aux manifestations qui peuvent se voir, donc à la partie émergée de l'Iceberg. Les manifestations « couvertes » correspondent à la partie immergée de l'iceberg-bégaiement. D'après cette définition, le bégaiement masqué peut être considéré comme un comportement. Avec l'installation du trouble, des stratégies se mettent en place et des comportements se gauchissent petit à petit, en particulier ceux de la communication.

### 1. Quelles sont les stratégies de masquage élaborées ?

Pour « *peser de tout leur poids* » sur le sommet de leur iceberg-bégaiement, les personnes bègues masquées construisent des stratégies de camouflages. Ces stratégies, singulières à chaque individu, peuvent être qualifiées de compensatrices au sens où elles compensent les bégayages.

Ces tactiques de dissimulation sont également mises en place et utilisées par des personnes souffrant de bégaiement apparent. Cependant, les personnes bègues « à découvert » n'en font qu'un usage fluctuant et seulement jusqu'à une certaine mesure, alors qu'elles les affectionnent car elles sont socialement moins inconfortables que les bégayages. A l'opposé, les sujets bègues masqués en font un usage absolu, à un degré paroxystique. En effet, ils font preuve d'une telle adresse dans l'élaboration de leurs artifices de camouflages que peu de gens, y compris leur entourage proche, savent qu'ils bégaiement.

Les stratégies de masquage apportent un soulagement à court terme. Mais sur le long terme, elles ne font que renforcer le dysfonctionnement du trouble : la parole perd de sa spontanéité et les habiletés sociales de communications se gauchissent.

#### a) Les procédés verbaux

##### - Ne rien dire

Il s'agit d'en dire le moins possible ou tout simplement de se taire. Les sujets bègues évitent soigneusement certaines situations de prise de parole identifiées comme anxieuses : c'est la stratégie de contrôle la plus efficace. Elle est extrême et peut laisser supposer aux interlocuteurs une timidité ou une forme d'arrogance de la part des personnes qui en abusent.

##### - Parler vite

« *Comme un missile* » : c'est ainsi qu'une jeune femme bègue masquée<sup>37</sup> qualifiait le débit de son expression verbale. Cette stratégie évite d'être interrompue et donc de subir la pression temporelle des pauses, génératrice de bégaiements. Elle évite aussi le risque d'anxiété verbale ressentie par les personnes bègues au moment de la reprise d'une élocution. Parler vite permet également de délivrer un maximum d'informations avant de sentir les mots trébucher ou bloquer. Le partenaire de l'échange se retrouve alors dans l'impossibilité de prendre son tour de parole, puis de le redonner afin d'établir un équilibre de la conversation.

<sup>36</sup> Dr Jean Cottraux. Psychiatre des hôpitaux, Lyon.

<sup>37</sup> Extrait d'un témoignage recueilli à la journée mondiale du bégaiement. Strasbourg, le 21 octobre 2011.

- Parler lentement

S'exprimer avec un débit élocutoire lent permet à la personne bègue masquée de disposer d'une marge temporelle : elle anticipe ainsi mentalement le contenu de la suite de son message verbal. Ce débit lent peut laisser croire que le locuteur adopte volontairement une certaine posture « travaillée », dans le but de passer pour un personnage dit « original ».

- Les pauses

Les pauses actives peuvent être remplies (« euh », « qu'étais-je en train de dire, ... ») ou silencieuses. Elles sont les régulateurs du discours, permettant un réajustement moteur, cognitif et pragmatique. Elles sont porteuses de sens car elles permettent les regroupements et les séparations sémantiques au sein du discours, de même qu'elles permettent de ménager un temps pour l'expression des émotions. Elles aident à l'ajustement du temps du locuteur et du temps de l'interlocuteur, afin de les mettre en phase. Cette fonction pragmatique de la communication est centrée sur le confort d'écoute du destinataire du message et sur son temps d'assimilation des propos qui lui sont adressés. Les personnes bègues masquées peuvent utiliser ces pauses pour camoufler un blocage sur le plan moteur, cognitif ou psychologique, tout en affichant une attitude de prestance visant à induire qu'elle réfléchissent.

- Les mots ou conjonctions d'appui

Ce peut être des sons de remplissage « euh... », de petits mots ou groupes de mots « donc, là, comme, que, et puis, ben, ... » qui parsèment le contenu de l'énonciation et qui jouent un rôle de soutien. Tout locuteur s'appuie plus ou moins consciemment sur ces « formules béquilles » lorsqu'il se sent en difficulté dans son expression.

Dans le cadre du bégaiement masqué, ils sont une béquille langagière à mi-parcours entre les pauses actives et les stéréotypies. Ils sont des moyens destinés à donner l'illusion de la fluidité de leur discours. Ils sont une parade fréquente pour gagner du temps lorsque les opérations psycholinguistiques d'accès au lexique des phrases ou d'évocation lexicale sont perturbés ; ou quand la planification motrice est difficile.

Ces artifices relèvent d'un contexte non adapté à la situation naturelle de l'échange. Ils apparaissent comme parasites et déstabilisent l'interlocuteur.

- L'évitement verbal

Cette conduite est usuelle chez les sujets bègues masqués. Les changements de mots consistent à substituer un autre mot à celui anticipé comme susceptible de générer des bégayages en raison de la présence de certains phonèmes. Ils peuvent devenir un réflexe tellement invasif qu'une jeune bègue masquée disait avoir la sensation d'être « *un véritable dictionnaire de synonymes*<sup>38</sup> ». Les mots sont évités en fonction de la difficulté de leur prononciation, et sont remplacés par d'autres plus ou moins équivalents au niveau du sens. Le patient peut dire « chocolat » au lieu de « cacao », par exemple.

Winston Churchill était un « *closet stutterer* » (ou bègue du placard). Sa richesse de vocabulaire était le résultat d'une longue pratique de la périphrase et de la substitution de mots. Il préparait minutieusement ses interventions, évitant les sons difficiles à articuler. Son

---

<sup>38</sup> Témoignage recueilli lors de la journée mondiale du bégaiement. Strasbourg, le 21 octobre 2011.

perfectionnisme le poussait jusqu'à prévoir les objections ou attaques de ses adversaires politiques afin de déterminer à l'avance les mots de ses réponses.

Mais parfois la substitution échoue et dans son échec à trouver le bon synonyme, la personne bègue se retrouve à commander un café au lieu d'un chocolat. Il en résulte une énorme frustration de la demande : « *Par exemple, au restaurant, vous ne commanderez pas le plat qui vous fait saliver mais celui que vous saurez articuler.* »<sup>39</sup>

Dans cet effort pour cacher leur bégaiement, leurs propos peuvent parfois prendre une tournure inappropriée ou absurde, comme l'illustre ce témoignage d'une personne bègue masquée : « *Voici quelques années, je me souviens avoir voulu commander dans un bar une "Adelscott". Lorsque le serveur s'est tourné vers moi, j'ai vu brusquement surgir le monstre "A" à tête rouge et j'ai su en un éclair que je buterai sur lui comme un moineau affolé sur une vitre. J'ai donc dû improviser dans l'urgence et demander : "une bière à base de malt à whisky".* »<sup>40</sup>

#### - Les circonlocutions ou périphrases

« *Les mots peuvent être aussi remplacés par des périphrases plus ou moins longues, à l'origine de circonlocutions qui entraînent l'interlocuteur dans des méandres où chacun se perd. Le choix du vocabulaire, qui s'opère normalement de manière largement automatisée selon le sens, fait alors l'objet d'une attention consciente. Cette gymnastique, très fatigante, peut devenir invalidante en provoquant un manque de cohérence de la pensée, le locuteur bègue en perd le fil de son discours.* »<sup>41</sup>

Ce sont des formes d'évitements, des chemins de traverses verbaux qui peuvent rendre une énonciation ampoulée, alambiquée et éloigner le sujet bègue masqué de l'authenticité de sa pensée.

#### - Les préparations de phrases

Dans son souci d'éviter les accidents de parole, la personne bègue anticipe son propos en se faisant une image mentale de l'énoncé. « *La parole est conçue comme un texte écrit, élaboré à l'avance et en solitaire. Ce travail de préparation, lui aussi très fatigant, gêne la spontanéité de l'échange. Il crée un décalage et donne à celui qui bégaye l'impression de "ne pas être dans le coup".* »<sup>42</sup>

#### - Les faux-semblants

Il s'agit d'une stratégie pour éviter de prononcer le mot tant redouté par la personne bègue. Celle-ci peut laisser sa phrase en suspens afin d'amener l'interlocuteur à l'énoncer dans le cadre de la régie de cet échange.

Le locuteur peut aussi faire mine d'avoir oublié un nom « *comment ça s'appelle déjà ?* », de ne pas trouver ses mots, donnant ainsi à son partenaire de l'échange l'indice verbal de prendre son tour de parole. Une personne bègue masquée avouait ainsi avoir développé « *des symptômes inquiétants d'Alzheimer précoce juste pour ne pas bégayer*<sup>43</sup> ».

<sup>39</sup> Extrait d'un témoignage issu du site <http://goodbye-begaiement.blogspot.fr/2010/01/begaiement-masque-le-grand-secret.html>

<sup>40</sup> Extrait d'un témoignage issu du site : <http://goodbye-begaiement.blogspot.fr/2010/01/begaiement-masque-le-grand-secret.html>

<sup>41</sup> Vincent, E. (2004), *op. cit.*, p. 9.

<sup>42</sup> Vincent, E. (2004), *op. cit.*, p. 9.

<sup>43</sup> Extrait d'un témoignage issu du site <http://goodbye-begaiement.blogspot.fr/2010/01/begaiement-masque-le-grand-secret.html>

b) Les procédés comportementaux

- La fuite

C'est l'exemple d'un patient qui, déstabilisé de nous trouver seule devant la porte du cabinet orthophonique en train d'attendre notre maître de stage, fit un brusque demi-tour pour se réfugier vers les ascenseurs sans même nous saluer...avant de revenir deux minutes plus tard, mine de rien, accompagné de la thérapeute.

- Les évitements sociaux

De manière générale, les personnes bègues ont l'habitude de fuir toutes les situations de communication, tous les contextes et tous les interlocuteurs identifiés par lui comme particulièrement générateurs de stress, donc de bégaiement.

Les sujets bègues masqués évitent soigneusement certaines situations de prise de parole. Le niveau d'anxiété peut varier selon le degré de familiarité de l'interlocuteur, ou selon son statut socio-professionnel. Influent également les représentations que la personne bègue se fait de présupposées attentes des interlocuteurs à son endroit.

- L'auto-médication

Dans leur volonté de dissimuler leur bégaiement, certains sujets bègues masqués peuvent aller jusqu'à adopter des comportements démesurés. Le Dr Schwartz<sup>44</sup> relate le cas d'un patient bègue masqué, juge de son état qui, en plus d'user de la stratégie habituelle de substitution de mots, contrôlait ses tensions avec une dose quotidienne et modérée de valium. Cette situation durait depuis plus de quinze ans et a fini par générer une dépendance médicamenteuse !

2. Le gauchissement des habiletés sociales de communication

Les habiletés sociales sont les « *comportements visibles, appris par l'observation et l'expérience*<sup>45</sup> ». Ce sont des savoir-faire qui permettent de développer la capacité à s'affirmer. On distingue : les habiletés de base (observation d'autrui, capacité d'écoute, etc.), les habiletés cognitives (faire des suggestions, oser demander des explications, etc.), les habiletés interactives (entretenir la conversation, offrir son aide, etc.) et les habiletés affectives (exprimer de l'attachement, par exemple).

Les habiletés sociales permettent d'être un interlocuteur compétent, qui s'affirme et peut juger du caractère adapté ou inadapté de son comportement, qu'il pourra alors modifier si cela est nécessaire. Elles contribuent à affiner la théorie de l'esprit, capacité cognitive qui permet d'envisager les états mentaux (les pensées) d'autrui, de les prévoir, et donc de comprendre les intentions communicatives de l'autre.

Or, suite à leurs coûteux efforts cognitifs à masquer leur bégaiement, les personnes bègues masquées deviennent non disponibles pour alimenter l'espace interpsychique de la communication. Elles se coupent des perceptions extérieures et cette isolation qui s'intercale entre le sujet bègue masqué et son interlocuteur entraîne des dysfonctionnements interactionnels. S'ensuivent des échecs relationnels répétés, qui développent des sentiments négatifs (la frustration, la colère, etc.). Ces affects nuisent à leurs compétences de partenaire de l'échange : la communication est gauchie, puisqu' atteinte dans sa dimension pragmatique.

<sup>44</sup> Schwartz, M. F. ( 1991), *op. cit.*

<sup>45</sup> Rustin L., Kuhr A. (trad. A.-M.), (1992). *Trouble de la parole et des habiletés sociales*. Paris : Masson.

### 3. La perte du comportement tranquillisateur

Le comportement tranquillisateur, qui s'inscrit dans ce que les linguistes appellent le métalangage, est habituellement constitué d'un ensemble de signaux que nous adressons automatiquement et inconsciemment à notre interlocuteur pour l'informer des aléas que nous rencontrons dans l'expression de notre propos. Ces signaux peuvent prendre la forme de gestes de la main, de hochements de tête, de balancements du corps, de mimiques expressives diverses, d'onomatopées (les « euh ! ») ou de formules d'excuse. Ce comportement repose sur notre aptitude à sentir de façon subconsciente les réactions négatives possibles de notre semblable lorsque nous lui parlons avec plus ou moins de facilité. Dans le contexte d'hyper-contrôle mis en place dans le bégaiement masqué, le comportement tranquillisateur est souvent absent ou plus ou moins altéré. François Le Huche<sup>46</sup> cite trois contrôleurs de la parole qui interviennent au moment de l'émission du message verbal :

- le contrôleur de la conformité aux normes, qui est chargé de veiller à la forme de la parole ;
- le contrôleur du contenu du message, qui permet de vérifier si ce que dit le locuteur correspond le mieux à ce qu'il a envie de dire ;
- le contrôleur de l'interaction langagière, qui permet de contrôler l'effet de ce que l'on dit sur notre interlocuteur ainsi que ses réactions.

La perte du comportement tranquillisateur correspond à une atteinte du troisième contrôleur, celui de l'interaction langagière. La parole se résumant à un simple transcodage de la pensée, la situation d'échange n'est plus au premier plan. Cette perte est la suite logique de l'importante altération, chez les personnes bègues masquées, du deuxième contrôleur.

## **II. Le substrat du masque et le processus de construction du masque**

### **A. le substrat du masque : la fragilité de l'estime de soi**

Au cœur de la glaciation, centre autour duquel se cristallisent les attitudes réactionnelles handicapantes, nous trouvons la faille narcissique.

La façon dont la personne bègue masquée va percevoir son vécu, appréhender sa réalité, l'admettre comme telle et en faire ou non le soubassement de sa construction du monde détermine tout son éventail d'attitudes. Et l'estime de soi est le filtre perceptif de nos représentations de la réalité. « *L'estime de soi se définit par le jugement positif ou négatif sur soi-même, ses attributs, ses capacités ou ses performances, c'est le regard que chacun porte sur ses qualités, ses compétences, son physique. Elle se construit au fil des jours et dans différents domaines. C'est un équilibre fragile, toujours remis en question par ce que l'on considère comme réussites ou échecs.* »<sup>47</sup>

<sup>46</sup> Le Huche, F. (1998), *op. cit.*, p.87.

<sup>47</sup> Gayraud-Andel, M., Poulat, M-P. (2011), *op.cit.*, p.116.



Christophe André et François Lelord<sup>48</sup> identifient trois composantes interdépendantes de l'estime de soi :

- *L'amour de soi* : il se construit précocement dans le regard que les parents portent sur leur enfant, puis par la suite avec le regard de personnes extérieures à la famille. C'est dans l'intersubjectivité que l'amour de soi se structure. Donc, si le bégaiement de l'enfant est mal vécu par son entourage et a généré des réponses inadaptées, l'amour de soi est entamé. L'enfant tente alors de se montrer conforme à l'image qu'on en attend, et l'image qu'il donnera de lui ne sera pas en accord avec ce qu'il est, mais avec ce qu'il pense devoir être. Les personnes bègues masquées excellent dans cette illusion. Dans un tel contexte, leur amour de soi est faillible.

- *La vision de soi* : c'est connaître ses capacités et ses défauts. Elle prend racine dans la valorisation à bon escient, par l'entourage proche, des compétences de l'enfant. Elle se poursuit dans le regard des personnes extérieures à la famille. Or, le bégaiement s'accompagne de stéréotypes négatifs largement répandus dans la société<sup>49</sup> (dans le monde professionnel, les personnes qui bégaient sont perçus comme moins compétentes que leurs collègues ne souffrant pas de ce trouble) et intégrés par la majorité des gens, y compris les thérapeutes du langage<sup>50</sup>. L'ensemble de ces situations et préjugés négatifs sont très stigmatisants et nuisent au développement d'une identité sociale et personnelle positive. Ainsi, la majorité des personnes qui bégaient se perçoivent comme inférieures au reste de la population<sup>51</sup>.

S'agissant des personnes bègues masquées, le camouflage de leur trouble les protège du regard des personnes extérieures au cercle familial. Cette dissimulation préserve sans doute, en bonne partie, leur vision de soi.

- *La confiance en soi* : elle permet l'action et donc l'affirmation de soi. Mais dans le bégaiement, elle reste entamée par les évitements de situations anxiogènes de prises de paroles, de peur du jugement des autres.

## **B. La fabrication du masque : un cercle vicieux**

Nous verrons comment les différentes briques constitutives du masque vont s'assembler pour édifier le mur du masque. L'approche cognitivo-comportementaliste nous aidera à comprendre comment se fabrique et s'entretient le bégaiement masqué.

### **1. La construction du masque : une réaction en chaîne**

Nous entrons dans la spirale cognitive où les cognitions négatives aggravent à chaque fois un peu plus les symptômes émotionnels et comportementaux.

---

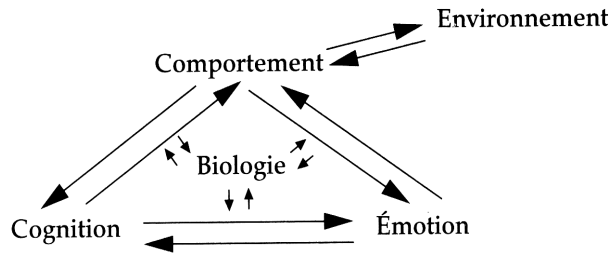
<sup>48</sup> Cités par Gayraud-Andel, M., Poulat, M-P. (2011), *op.cit.*, p.117.

<sup>49</sup> Bebout et Bradford, 1992 ; Ruscello et col., 1994 ; Ruscello et col., 1994 ; Blood et col., 2003. Cit. dans *Les bégaiements de l'adulte* (dir. B., Piérard).

<sup>50</sup> Chichon-Smith, 2002. Cit. dans *Les bégaiements de l'adulte* (dir. B., Piérard).

<sup>51</sup> Emmons, 2009. Cit. dans *Les bégaiements de l'adulte* (dir. B., Piérard).

## Les bégaiements masqués : comment lever le masque ?



**Schéma du modèle interactionnel de Cottraux**

Il y a différentes séquences dans l'histoire de la construction du masque : les bégayages transforment l'action de parler en comportement-problème qui se répète et qui est perçu comme nuisible et préjudiciable par le sujet bègue « à découvert » ; ce comportement entraîne l'individu qui en souffre dans un cercle vicieux alimenté par ses cognitions et ses émotions négatives ; ses pensées et sentiments négatifs incitent la personne bègue à puiser dans ses propres ressources pour compenser ses disfluences audibles et visibles ; grâce à ses ressources, elle élabore et perfectionne au fur et à mesure des stratégies de dissimulation de son trouble apparent ; ces stratégies-ressources se renforcent négativement sous l'effet de la dynamique du schéma cognitif interactionnel, pour aboutir au masque.

Ce masque devient le heaume qui permet au sujet bègue de rester un être de communication. Dorénavant, le sujet peut faire fi d'un bégaiement apparent qui aurait eu le pouvoir de le déliter de l'intérieur, de le « mettre à terre » et donc de le couper de tout projet social.

Les trois dimensions de l'attitude interagissent, contribuant ainsi à l'auto-entretien du masque et à son renforcement. Elles sont sous influence :

- Soit de l'environnement avec un événement extérieur qui réactive les schémas cognitifs gravés dans l'esprit du sujet bègue masqué.
- Soit elles orientent une interprétation d'un événement et une représentation que les personnes bègues masquées se font de la réalité à travers le prisme déformant de leur bégaiement. Les pensées de ces sujets dépendent donc autant de la situation elle-même que de leurs a priori sur ce type de situations.

L'activation des schémas cognitifs, grâce auxquels l'organisme des sujets bègues masqués traite l'information, entraîne un processus cognitif réactionnel d'apprentissage qui procède de l'assimilation. Ce processus est une conduite active par laquelle l'organisme modifie le milieu au lieu de s'en accommoder. Dans la théorie piagétienne, il y a assimilation lorsque des éléments du milieu sont incorporés à la structure de la pensée, non pour être « détruits », mais pour être coordonnés aux éléments préexistants de cette structure, qui va donc s'en trouver modifiée. Donc, si la réalité d'une situation ne correspond pas aux schémas cognitifs basés sur leurs croyances, les personnes bègues masquées vont l'ignorer ou en faire une interprétation distordue.

## 2. La construction du masque : l'aboutissement d'un conditionnement opérant

Le conditionnement est au centre des théories comportementales. C'est un processus qui fait qu'un être vivant, confronté régulièrement à la même situation, ayant les mêmes effets psychiques et/ou physiques, finira par produire ces effets psychiques et/ou physiques au simple signal de la stimulation. Deux types de conditionnement sont activés au cours de l'installation d'un bégaiement<sup>52</sup> :

- « *Les comportements de parole spécifiques de la personne bègue comme les prolongations de sons, les redoublements de syllabes et les blocages, sont le résultat d'un conditionnement classique.* » Ce conditionnement provient de l'association entre les stimuli (c'est-à-dire des phénomènes issus de l'environnement qui vont stimuler l'organisme) et les réactions automatiques de l'organisme, les symptômes « à découvert » du bégaiement.

- « *Les autres comportements, tels que les conduites d'évitement, l'anticipation anxieuse, les différentes stratégies pour masquer les troubles, sont le résultat d'un conditionnement opérant.* » Ce conditionnement est lié non plus à des réponses réflexes de l'organisme, mais à l'influence de l'environnement, qui renforce positivement ou négativement le conditionnement.

Le bégaiement masqué est le résultat d'un conditionnement opérant. C'est un trouble qui se construit, qui est entièrement sous contrôle. En réponses aux pensées et émotions, les personnes bègues masquées interviennent volontairement dans l'articulation des syllabes, dans la composition des phrases et le choix des mots...donc, dans le détail de la fabrication de la parole qui, normalement, relève du domaine de l'acte automatique. Elles excellent durablement dans le maniement des stratégies de masquage (comportement), domaine où les personnes bègues « à découvert » ne font montre que d'une maîtrise intermittente et aléatoire.

Les sujets avec un bégaiement dissimulé sont toujours en alerte. Cette constante vigilance, associée à l'activité de déploiement de tous ces procédés de camouflage, est cognitivement coûteuse. Les personnes bègues masquées se disent très souvent épuisées en fin de journée : « *Le soir, je suis épuisée. Il s'agit d'une fatigue psychique et physique.* »<sup>53</sup>

Cette grande habileté en matière de camouflage peut nous interroger sur l'existence, chez la population bègue masquée, de capacités cognitives plus élevées que la moyenne. En particulier, s'agissant de celles qui réfèrent aux fonctions exécutives (capacité de maintien de l'attention, capacités d'initiatives, de formulations de buts, d'organisation et de planification d'une action, de vérification, d'inhibition, de flexibilité mentale, de catégorisation, de déduction et d'identification de règles...). Le lien entre des fonctions cognitives « hors normes » (biologie) et de redoutables aptitudes à la dissimulation serait un domaine intéressant à explorer.

---

<sup>52</sup> De Chasse, J., et Brignone, S. (2003). *Thérapie comportementale et cognitive*. Isbergues : Ortho Edition.

<sup>53</sup> Extrait du témoignage recueilli lors de la journée mondiale du bégaiement. Strasbourg, 21 octobre 2011.

## CHAPITRE 4

### Le bégaiement masqué : le masque de la sévérité ?

*« Il est une autre source assez féconde d'inquiétudes et de soins, c'est de se contrefaire, de ne jamais montrer un visage naturel, comme nous voyons maintes gens dont toute la vie n'est que feinte et dissimulation. Quel tourment que cette perpétuelle attention sur soi-même, et cette crainte d'être aperçu sous un aspect différent de celui sous lequel on se montre d'habitude ! Point de relâche pour celui qui s'imagine qu'on ne le regarde jamais qu'avec l'intention de le juger. En effet, maintes circonstances viennent, malgré nous, nous démasquer. Dût cette surveillance sur soi-même avoir tout le succès qu'on en attend, quel agrément, quelle sécurité peut-il y avoir dans une vie qui se passe tout entière sous le masque ? »<sup>54</sup>*

Le bégaiement est un trouble extrêmement varié dans ses manifestations. Sa sévérité n'est pas proportionnelle à l'ampleur de ce qui est audible et visible, et elle n'est pas non plus proportionnelle à la souffrance du sujet. Le bégaiement peut être accepté comme faisant partie de la personnalité, vécu telle une particularité ou, à l'inverse, ressenti comme un « *alien* » dont on ne sait comment se débarrasser. Certains vivent avec une gêne modérée des accidents de parole marqués et d'autres souffrent énormément d'une parole qui n'est pas perçue comme bègue.

Le bégaiement se nourrit de ce qu'il est tu. Or, quel bégaiement est davantage tu que celui qui n'est ni visible et ni audible à autrui ? Ce postulat préjuge-t-il d'un critère de sévérité plus élevé du bégaiement masqué dans la pathologie du bégaiement ? La métaphore de l'iceberg nous révèle qu'au cours de la construction bègue masquée c'est quasi-exclusivement l'« Etre soi » qui est gauchi, avec des densités d'atteintes variables selon les éléments constitutifs du masque et selon les individus qui en souffrent. Ces impacts psychologiques prédisposent-ils davantage à une comorbidité psychiatrique ?

## **I. hypothèses de sévérité, d'après des arguments issus de la littérature scientifique**

### **A. Hypothèse de sévérité en fonction des données génétiques**

Nous avons déjà évoqué la prévalence masculine dans le bégaiement. Elle est de trois garçons pour une fille entre trois et cinq ans ; de quatre garçons pour une fille après cinq ans et de onze garçons pour deux filles vers l'âge adulte (Yairi, 1983)<sup>55</sup>. Selon Andrews (1983), la prévalence des garçons ne peut s'expliquer seulement par une prédisposition innée liée à l'imprégnation de la testostérone au stade pré-natal ; doit être également prise en compte la meilleure capacité de récupération chez les filles (Yairi et Ambrose, 1992)<sup>56</sup>.

<sup>54</sup> Sénèque (entre 47 et 62 ap. J.C.), (trad. Morana, C.). *De la tranquillité de l'âme*, chapitre XVII,1. Paris : Mille et une nuits.

<sup>55</sup> Cité par Van Hout, A., et Estienne, F. (2002). *Les bégaiements : Histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements*. Paris : Masson.

<sup>56</sup> Cités par Van Hout, A., et Estienne, F. (2002). *Les bégaiements : Histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements*. Paris : Masson.

Cependant, s'agissant des bégaiements masqués, la prédominance est féminine avec un ratio de 3,5 femmes pour un homme (Schwartz, 1991). Comme les études prouvent que les descendants d'une femme bègue ont un risque de bégayer plus élevé (22% de risques, contre 9% chez les descendants d'un homme bègue)<sup>57</sup> et que les filles ont une meilleure faculté de récupération, nous pouvons émettre l'hypothèse que si le bégaiement de ces dernières est durable, leur trouble doit résulter d'une nécessaire et importante « accumulation d'un matériau génétique »<sup>58</sup>. Cette accumulation signifierait une sévérité du bégaiement. Par conséquent, la présence d'une majorité féminine dans la population bègue masquée serait-elle symptomatique de la sévérité de ce type de bégaiement ?

### **B. Le bégaiement masqué selon les critères de sévérité du Dr Schwartz**<sup>59</sup>

Le Dr Schwartz propose une distinction entre bégaiement primaire et bégaiement secondaire, forme avancée du trouble. Cette distinction repose non pas sur l'ampleur et la gravité de la lutte audible, mais sur la présence ou l'absence d'anxiété verbale d'anticipation. Selon lui, la personne bègue secondaire vit dans un stress d'anticipation de mots et de sons bégogènes ; de même, elle redoute les situations sociales anxiogènes. A ces craintes, se surajoute une grande douleur émotionnelle.

Les personnes bègues masquées rentrent très clairement dans la catégorie secondaire, celle de la forme la plus avancée de la pathologie.

### **C. Critère de sévérité selon le coût associé à l'invisibilité d'un stigmaté**

La stigmatisation se définit par la présence de quatre éléments que nous retrouvons dans le vécu des personnes qui bégaiant : « *La possession d'un attribut négatif, l'existence de stéréotypes négatifs à l'encontre du groupe, l'expérience du rejet et de la discrimination, et le fait que l'identité du groupe soit négative.* »<sup>60</sup>

Cacher le stigmaté, partie « souillée » de sa personnalité, peut être considéré comme un atout pour les personnes bègues masquées car il permet d'échapper à l'ensemble des comportements discriminatoires de son groupe d'appartenance (moqueries, regards et remarques méprisantes, etc.) lors des interactions sociales. Seulement les coûts associés à l'invisibilité d'un stigmaté peuvent être supérieurs à leurs bénéfices (Frable, Platt et Hoey, 1998)<sup>61</sup>. Six dimensions du stigmaté sont mises en évidence par des chercheurs<sup>62</sup>. Elles sont toutes susceptibles d'entraver les interactions sociales :

- « *masqué* », qui réfère à la mesure dans laquelle une condition stigmatisante peut être cachée ;
- « *court* », qui réfère à la mesure dans laquelle la condition est susceptible de varier à travers le temps ou dans ses conséquences futures ;
- « *dérangeant* », qui renvoie à la mesure dans laquelle la condition stigmatisante entrave les interactions sociales ;
- « *qualité esthétique* », qui renvoie à la manière dont l'attribut rend l'individu laid, repoussant ;

<sup>57</sup> Pfauwadel, M-C. (2000), *op cit.*, p172.

<sup>58</sup> Van Hout, A., et Estienne, F. (2002), *op. cit.*, p. 115.

<sup>59</sup> Schwartz, M. F. ( 1991), *op. cit.*, p. 21.

<sup>60</sup> Piérard, B. (dir.), (2011). Les bégaiements de l'adulte. In D., Bourguignon, S., Demoulin, *Bégaiement et stigma social*, (pp. 167-188). Wavre (Belgique) : Mardaga.

<sup>61</sup> Cités par Piérard, B. (dir.), (2011), *op. cit.*, p. 174.

<sup>62</sup> Piérard, B.(dir.), (2011), *op. cit.*, p. 173.

- « *origine* », qui réfère au caractère acquis ou non de l'attribut stigmatisant ainsi qu'à la responsabilité par l'individu de son stigmate (c'est-à-dire à sa contrôlabilité du stigmate) ;
- « *périlleux* », qui renvoie au degré de dangerosité que la condition stigmatisante pose pour les autres individus.

D'autres chercheurs<sup>63</sup> ont démontré que trois de ces dimensions étaient plus impactantes dans la vulnérabilité à la stigmatisation. Ce sont les dimensions périlleuse, masquée et origine. Les deux dernières concernent les patients bègues masqués :

➤ S'agissant de la contrôlabilité (« *origine* »), elle correspond aux stratégies que les sujets bègues masqués déploient. Cette conscience de contrôlabilité renvoie la personne aux sentiments de honte et de culpabilité auparavant étudiés. Ces sentiments négatifs peuvent avoir des effets délétères sur la santé mentale et amener à adopter des comportements d'évitements sociaux (Allport, 1954 ; Lewis, 1971)<sup>64</sup>.

➤ S'agissant de la dimension masquée, les études (Frable, Platt et Hoey, 1998)<sup>65</sup> démontrent que l'invisibilité a pour corollaire la diminution de l'estime de soi, et s'accompagne d'anxiété et d'affects dépressifs. Ainsi, une personne bègue masquée<sup>66</sup> racontait que le prix qu'elle avait dû payer pour ses stratégies de camouflage avait été une surconsommation d'alcool.

Le coût de l'invisibilité est d'autant plus important, qu'il est associé au poids du secret. Ce secret « *constitue une surcharge cognitive importante pour les individus (Lane et Wegner, 1995). Il s'accompagne de stratégies de contrôle mental visant à garder momentanément hors de la conscience certaines pensées et émotions négatives que l'on tente d'éviter. Ces stratégies d'évitement produisent des conséquences paradoxales sous forme du retour en mémoire des informations que l'on tente de cacher.* <sup>67</sup> » C'est le fameux effet rebond, qui trouve un terrain propice pour s'exprimer dans le contexte du bégaiement masqué. Cet effet viendrait nuire aux interactions sociales.

Le bégaiement masqué peut donc être très lourd de conséquences, parfois bien plus qu'un bégaiement visible, ce qui amène certains spécialistes à le considérer comme le plus sournois et le plus sévère.

---

<sup>63</sup> Deaux, Reid, Mizhari et Ethier, 1995 ; Frable, 1993. Cités par Piérard, B. (dir.), (2011). *Les bégaiements de l'adulte*. Wavre (Belgique) : Mardaga.

<sup>64</sup> Cités par Piérard, B. (dir.), (2011), *op. cit.*, p. 177.

<sup>65</sup> Cités par Piérard, B. (dir.), (2011), *op. cit.*, p. 175.

<sup>66</sup> D'après le témoignage d'une jeune femme, recueilli lors de la journée mondiale du bégaiement. Strasbourg, le 21 octobre 2011.

<sup>67</sup> Piérard, B. (dir.), (2011), *op.cit.*, p.176.

## II. Quid d'une éventuelle comorbidité psychiatrique ?

Une étude démontre les effets négatifs du bégaiement sur la qualité de vie dans les domaines des relations sociales, des affects et de la santé mentale (Craig *et al.*, 2009)<sup>68</sup>. En terme de troubles psychiatriques, c'est le risque de développer un trouble anxieux qui est le plus élevé chez les personnes qui bégaiant (six à sept fois plus que chez les personnes qui ne bégaiant pas)<sup>69</sup>. L'anxiété sociale est la symptomatologie la plus fréquente.

Devenons-nous tenir compte des comorbidités psychiatriques pour préjuger de la sévérité d'un bégaiement ? Si oui, le bégaiement masqué ne serait pas intrinsèquement le plus sévère. Car ce n'est pas parce que les attitudes réactionnelles handicapantes sont très présentes dans ce bégaiement, que leur densité est suffisamment importante pour déterminer un diagnostic de psychopathologie.

En raison de la fréquence des liens qui unissent bégaiements audibles et anxiété sociale, Mark Irwin<sup>70</sup> propose d'introduire le terme nouveau de « *syndrome de la parole bégayée* » (SPB). Cette notion qualifie un bégaiement qui réfère aux symptômes éprouvés par ceux qui souffrent conjointement de bégayages et de trouble de l'anxiété sociale (TAS). Ce syndrome toucherait 50 à 75% des personnes bègues « à découvert » !

Revenons au cas de Tom, Dick et Harry, et replaçons-nous du point de vue du locuteur bègue :

« Tom – *Je bbbégaie. Quand je vvvais prendre un verre, cela me prend plus de ttemps pour commander une bbbière.*

Dick – *Je bbbégaie. Je commande un scotch parce que je ne peux pas dire bbbière.*

Harry – *Je bbbégaie. C'est gênant, frustrant. Aussi je sors rarement. J'évite les contacts ».*

Harry souffrirait donc d'un « *syndrome de la parole bégayée* ». Son bégaiement serait le plus sévère en raison de la psychopathologie associée à ses disfluences.

Nous remarquons que le bégaiement masqué est exclu de la terminologie du SPB. Serait-ce parce que la dissimulation complète du trouble rend les personnes qui en souffrent moins susceptibles de développer un trouble de l'anxiété sociale ? Ce camouflage, cette clandestinité constitueraient-ils un passeport pour une meilleure intégration psychique dans certains domaines de la vie sociale ? L'élément qui pencherait en ce sens est la tendance qu'ont les sujets bègues masqués rencontrés à occuper des postes qui les exposent socio-professionnellement du point de vue de la communication. Ainsi, l'un est ingénieur chimiste et donne des cours à la faculté (il souhaiterait animer une équipe de recherche), l'une est experte en marketing dans une grosse boîte, une autre finit ses études d'assistante sociale. Leur dimension de la vision de soi semble plutôt préservée.

En outre, même s'il y a beaucoup de passion, de haine et de colère quand elles parlent de leur bégaiement, les personnes bègues masquées apparaissent combatives : « *C'est un combat de tous les jours !* »<sup>71</sup> Sous-jacent à cette lutte, existe une profonde volonté de

<sup>68</sup> Cités par Piérard, B. (dir.), (2011). Les bégaiements de l'adulte. In D., Jacques, N., Zdanowicz, C., Reynaert, *Les thérapies cognitivo-comportementales : principes et démarches cliniques* (pp. 235-247). Wavre (Belgique) : Mardaga.

<sup>69</sup> Iverach et al., 2009. Cités par Piérard, B. (dir.), (2011), *op. cit.*, p. 240.

<sup>70</sup> Irwin, M. (2009). Le syndrome de la parole bégayée. *Orthomagazine*, 80, 20-24.

<sup>71</sup> Extrait de témoignage recueilli lors de la journée mondiale du bégaiement. Strasbourg, le 21 octobre 2011.

continuer à communiquer. Ce désir est le moteur des stratégies-ressources qu'elles ont mobilisées pour pallier des bégayages initiaux perçus comme profondément délétères. Leur masque serait alors le rempart contre un possible délitement intrapsychique : il les préserverait d'une psychopathologie qui les couperait de « tout projet humain ».

### **III. Illustration de la sévérité du masque : le témoignage de Cédric**<sup>72</sup>

*« Bégaiement masqué : pour vivre heureux bégayons cachés ?*

*...S'il m'est donc impossible de parler de causes spécifiques qui produiraient ce type de bégaiement, je peux en revanche bien définir tout ce que j'ai fait pour l'entretenir pendant au moins 25 ans.*

*Depuis la petite enfance, alors que j'avais une tendance à la précocité, je me répugnais lorsque ma parole accusait des travers, ce avec autant d'intensité que je me valorisais et me sentais supérieur à beaucoup de monde lorsque ma parole était fluide. Par beaucoup de monde, j'entends les petits camarades, leur maman, leur grand-frère, les enseignants, les surveillants... Jusque dans ma propre famille !*

*L'obsession d'une parole sans défaillances, sans le moindre défaut de prononciation, s'est imposée comme une sorte de trame, une toile de fond. Comme beaucoup d'obsessions, elle provoquait de vrais traumatismes, allant du simple agacement devant des bafouillements, des bégayages, des problèmes d'articulation, ou des tics de langage, à une angoisse presque invalidante, en passant par la gêne, la honte, le malaise, le déni...Je n'allais pas tolérer chez moi ce qui me dérangeait profondément chez autrui.*

*Mais qui donc ai-je été pour transférer ce rejet sur les autres, et principalement sur mes plus proches, sur ma famille, sur mes amis, sur ceux qui comptent le plus ? Mais qui donc ai-je été pour penser qu'ils devaient eux aussi cultiver cette obsession de la parole parfaite ? M'ont-ils une fois ou à jamais, par leur comportement, envoyé des signes comme quoi ils pensaient comme moi ? Comme quoi ils auraient eu une honte publique à compter parmi les leurs quelqu'un qui bégaie ?*

*Ce qui me paraît certain, c'est que mon éducation et mon milieu culturel m'ont encouragé à la retenue, à la pudeur, mais surtout à la pratique du cloisonnement. Par respect, par divergence de mœurs et d'opinions, des gens ne devaient pas savoir ce que d'autres devaient savoir, et ce bien au-delà des simples petites confidences routinières que tout un chacun peut échanger qu'entre personnes triées sur le tas. Pour mon élocution, petit à petit, il y a eu ceux qui pouvaient savoir même s'ils ne devaient pas savoir, et ceux qui auraient dû savoir mais qui n'ont pas pu savoir, car telle était ma volonté, telle était ma fierté de bien parler en leur présence.*

*J'ai aussi été bien aidé par le caractère très situationnel de mon bégaiement, qui était, par exemple, bien plus enclin à se montrer à l'école qu'à la maison où il figurait aux abonnés absents la plupart du temps, au moins jusqu'à l'adolescence. Je n'ai cessé d'expérimenter ces variabilités tout au long de ma vie.*

*Toutefois, ma seconde rééducation orthophonique auprès d'une orthophoniste spécialiste qui m'a posé ce diagnostic de bégaiement masqué, terme que j'ignorais jusqu'alors mais qui expliquait tout, m'a amené à de nombreuses prises de conscience dont celle que mon bégaiement résidait en permanence en moi, mais qu'il se manifestait avec une*

---

<sup>72</sup> Témoignage extrait du site <http://begaieementmasque.wordpress.com/2011/11/29/w9-estelle-begaieement-masque/>



*intensité très élastique, sur une échelle qui partirait non pas de 0 mais de 0,1 (ou 0,01 peu importe le nombre de zéros devant le 1 pourvu que la valeur soit supérieure à 0) jusqu'à une valeur que je n'ai pas la prétention de chiffrer, tant il y a toujours "pire" que soi.*

*Vers l'âge de 20 ans, alors que le bégaiement devenait de plus en plus une évidence, mais une évidence à renier, j'ai renforcé ce cloisonnement, aidé par l'indépendance acquise deux à trois ans plus tôt. Avec le recul, je pense que mes ressources énergétiques de compensation commençaient petit à petit, lentement, à se ronger, à ronger mes cloisons, avec la certitude qu'elles n'atteindraient jamais le mur porteur, la muraille dans laquelle je commençais à m'enfermer, lorsqu'il m'était impossible de parler comme je le voulais.*

*Il devenait progressivement de plus en plus difficile de ne pas faire autrement que de bégayer dans certaines situations. Des gens "éloignés", hors de tout sentiment, ne m'ont peut être jamais entendu parler sans bégayer, alors que mes proches de l'époque ne m'ont jamais entendu bégayer, par opportunisme sur des périodes fluides ou par volonté délibérée moyennant des tactiques peu recommandables.*

*Quelques années plus tard, j'ai confié à ma première orthophoniste, qui n'était pas spécialiste, qu'en plus de contrôler ma parole, j'en arrivais aussi à "contrôler ma personnalité" en amont ou en aval de ma parole, à exprimer des ressentis à telle personne, à exprimer le contraire à d'autres... Ou à me replier complètement, hors de tout contexte social, jusqu'à bien sûr envisager très sérieusement le suicide, dans ce labyrinthe de ma vie dont j'avais pourtant été un fier architecte et artisan principal, car grâce à lui rien ni personne ne pouvait m'atteindre ! Une complète maîtrise de soi aussi superficielle que dramatique, devant un handicap renié !*

*Dans un des articles de son dossier sur Psychologies.com, en me citant comme exemple, Elyane Vignaud a parlé de "dépression", un terme que j'aurai réfuté pendant longtemps, mais qui ne me paraît aujourd'hui pas si excessif.*

*Pour ne pas que le symptôme bégaiement se montre, je finissais par ne plus distinguer ce que je faisais volontairement, de ce qui était devenu de vrais réflexes de contournement qui me dirigeaient. Peut être plus grave, je ne mesurais plus vraiment la part de moi dans celui qui bégayait devant des gens sans importance, ni la part de moi dans celui qui ne bégayait jamais devant ceux qui comptent, amis et proches qu'il ne s'autorisait à voir que lorsqu'il se trouvait dans une période où sa parole ne le trahirait pas. Je ne distinguais plus rien ! Qui j'étais vraiment ? Allô maman reconnaîtras-tu ton fils si tu tombes sur ce blog ?*

*Ce n'est que depuis quelques mois, au sortir de ma seconde rééducation particulièrement intense, que j'ai pratiquement résolu cette question. Je suis Cédric, qui connaît des périodes de bégaiement un peu plus prononcé, durant lesquelles il arrive le plus souvent à choisir de bégayer ou non. Je me moque désormais de passer pour fluide ou pour quelqu'un qui bégaie. C'est moi qui décide, ce n'est plus le bégaiement !*

*Il aurait été tellement simple, pendant toutes ces années, de montrer le bégaiement à tout le monde, d'en parler carrément. Récemment lors d'un entretien avec deux étudiantes en orthophonie, j'ai même avoué que j'aurais préféré bégayer tout le temps, ou du moins plus constamment que par intermittence, par situations, par périodes. Tout en gardant à l'esprit qu'il aurait été encore plus séduisant de ne jamais bégayer du tout, c'est une évidence !*

*Si jadis je ne pouvais pas ne serait-ce qu'évoquer le bégaiement, par tabou, par honte par crainte de dévalorisation, aujourd'hui je ne suis pas plus un fervent partisan du coming-out. Il y a deux ans, lorsque j'ai entamé ma seconde rééducation auprès d'une orthophoniste spécialiste, j'étais certain que j'allais sans tarder annoncer à tout le monde que je bégayais. Peu m'importait si leurs yeux allaient sortir de leurs orbites du fait qu'ils ne m'ont probablement jamais entendu bégayer. Je n'appréhendais même pas l'idée que cette*

*annonce pouvait m'amener à faire un nouveau tri radical dans mes relations : resteraient mes amis, ceux qui continueraient à agir et à se comporter comme lorsqu'ils ne savaient rien.*

*J'ai fait évoluer ma réflexion sur le terrain de la relativisation : le bégaiement est un symptôme qui est en moi, j'y ai travaillé dessus par ma propre volonté. Hormis deux ou trois personnes membres du Forum du Bégaiement qui sont devenues de vrais amis, personne ne bégaie dans mon entourage, sauf si quelque chose a échappé à mes yeux et mes oreilles avertis. Ce bégaiement est en moi, pas en eux. Ils pourront désormais s'en rendre compte lorsque je ne pourrai pas faire autrement que bégayer pour leur dire ce que je veux sans détours, lorsque je me trouverai dans une période sans possibilité de contrôle, sans possibilité de recours aux saines techniques de fluence apprises en rééducation. Je leur dirai qu'il peut m'arriver de bégayer et serai prêt à répondre à leurs éventuelles questions et remarques. Ni plus ni moins !*

*Je crois pouvoir affirmer que j'ai fait pendant longtemps un vrai déni de bégaiement, comme certaines jeunes femmes font des dénis de grossesses, se font surprendre et surprennent leurs proches par la naissance d'un bébé qu'elles ne pensaient pas ou ne voulaient pas attendre. Dans un déni de grossesse, cette dernière peut passer complètement inaperçue aux yeux de tous. Il en va probablement de même avec le bégaiement masqué.*

*De ce fait, si on imagine un monde scindé en deux, avec d'un côté, celui des fluents qui ne bégaient jamais, et de l'autre, celui de ceux qui bégaient, mon bégaiement masqué m'aura permis une intrusion durable dans le monde des fluents pour qui le bégaiement reste souvent inconnu donc source de moqueries, de préjugés, de vrais malaises. Il m'aura permis de tenter de me mettre à leur place, de comprendre que le bégaiement est la dernière des choses à laquelle ils s'attendent lorsqu'ils voient une personne pour la première fois, de tenter de comprendre ce qu'ils peuvent ressentir...*

*Le fait de m'être positionné comme, en quelque sorte, un clandestin planqué à la limite des deux mondes, m'a apporté probablement une certaine richesse, mais m'a sans doute fait passer pour un alien dans les deux, même dans le monde de ceux qui ont toujours bégayé ouvertement...»*

**PARTIE**  
**PRATIQUE**

# CHAPITRE 1 :

## Problématique, hypothèses, méthodologie

### I. Problématique

Notre problématique se décline sous forme de questions : quelle est notre place d'orthophoniste par rapport à ce trouble ? De quels outils disposons-nous pour prendre en charge les personnes souffrant de bégaiement masqué ? Ces outils sont-ils spécifiques à ce trouble ? Comment faire tomber le masque des patients, le déconstruire ? Quelles sont les étapes thérapeutiques à franchir pour amener les personnes bègues masquées vers un « mieux-être » ?

### II. Hypothèses

Le bégaiement est un challenge thérapeutique en raison des aspects de multidimensionnalité et de variabilité d'un sujet à un autre. Nous pouvons émettre l'hypothèse que cette hétérogénéité devrait s'exprimer dans le bégaiement masqué, puisque celui-ci est une des composantes de la pathologie « bégaiement ». Le projet thérapeutique devrait donc diverger selon la nature des atteintes.

Depuis la citation de J. Sheehan,<sup>73</sup> selon laquelle « *le bégaiement est comme un iceberg, avec seulement une petite partie au-dessus de la ligne de flottaison et une partie beaucoup plus importante en-dessous* », les orthophonistes ont conscience qu'elles ne peuvent pas se contenter de traiter ce trouble dans sa seule dimension apparente. Il est désormais inenvisageable d'appréhender une prise en charge qui séparerait la partie haute et la partie basse de l'iceberg-bégaiement. Comme le bégaiement masqué se caractérise par une atteinte quasi-exclusive du soubassement du bloc de glace, nous pouvons en déduire qu'une remédiation orthophonique du bégaiement masqué aura pour principale cible ce que le patient a intériorisé et camouflé de son trouble. Des outils, auparavant développés pour le traitement de la partie invisible des bégaiements « à découvert », seraient donc déjà à la disposition des thérapeutes du langage.

Nous avons précédemment expliqué que le masque se construit selon une dynamique de schémas cognitifs. Pour le déconstruire, une thérapie orthophonique devrait alors s'orienter sur le détricotage des pensées, des émotions et des comportements inadaptés.

Puisque la partie immergée et la partie émergée du bloc de glace sont en étroite interaction, le traitement du soubassement devrait avoir inévitablement une répercussion sur le morceau visible de l'iceberg. En effet, cet iceberg-bégaiement est en équilibre : si les attitudes réactionnelles handicapantes perdent en densité, le bloc de glace remontera inéluctablement à la surface. Ce postulat supposerait que les patients bègues masqués

---

<sup>73</sup> Sheehan, J.G. (1970). *Stuttering : Research and Therapy*. New York : Harper and Row.

acceptent de vivre une étape d'amélioration de leur trouble qui passerait par une manifestation audible et visible de leurs disfluences.

### **III. Méthodologie**

Dans l'optique de confronter les hypothèses théoriques pré-citées à une réalité de terrain, nous avons recherché au moins deux patients dont la symptomatologie du bégaiement laissait présager d'un diagnostic de bégaiement masqué. Nous avons mené cette recherche à Strasbourg, et nous avons sélectionné deux sujets chez une thérapeute du langage formée dans la pathologie du bégaiement.

La population retenue est composée d'une femme et d'un homme âgés de trente-trois et vingt-cinq ans, que nous appellerons Madame B. et Monsieur R. Le critère de sélection a reposé sur des signes cliniques qui divergeaient dans leurs manifestations, d'un patient à l'autre.

Notre préoccupation a été également de comprendre la nature du mécanisme de contrôle qui sous-tendait le bégaiement masqué dans chacun des deux cas d'étude, puis d'analyser comment l'identification de ce mécanisme peut influencer le projet thérapeutique.

Nous avons eu ensuite la volonté de repérer la nature des supports utilisés pendant la prise en charge de nos patients. Et nous nous sommes interrogé sur d'éventuelles similitudes dans les démarches thérapeutiques mises en oeuvre dans chacune des deux remédiations.

Pour appuyer notre propos, nous nous sommes basés sur la prise en charge de ces patients en séances individuelles et en groupe thérapeutique ; ainsi que sur le dossier de leur suivi orthophonique.

## **CHAPITRE 2 :** **Analyse des études de cas**

Nous procéderons dans un premier temps à la présentation de nos patients, avant de nous attarder sur leur symptomatologie respective ainsi que sur l'approche thérapeutique de leur prise en charge.

### **I. Des patients disparates dans la symptomatologie de leur trouble**

#### **A. Présentation des patients : plaintes et anamnèses**

##### **1. La patiente Madame B.**

###### **a) Plaintes**

Madame B., âgée de trente trois ans et résidente à Strasbourg, a expliqué être très émotive, avoir du mal à trouver ses mots et poser son discours. Elle a précisé aussi faire des fautes de français et éprouver des difficultés dans la syntaxe. Son entourage (famille, compagnon) ne s'est jamais plaint de ses difficultés.

###### **b) Anamnèse**

Après un baccalauréat littéraire, Madame B. a étudié pendant deux ans la philosophie en faculté. Elle s'est ensuite réorientée vers l'animation, puis la restauration. Enfin, la patiente a passé le concours d'Assistante Sociale en 2010 et l'a obtenu. Elle était en stage au Conseil Général au moment de la consultation.

Au cours de l'école primaire, en classe de CE2, un test a révélé des confusions auditives entre « b » et « p » et « ch » et « j ».

Madame B. fait partie d'une fratrie de six enfants. Son enfance s'est déroulée normalement. Elle n'a évoqué aucun cas de bégaiement dans la famille et, d'après ses dires, la parole circulait librement et les émotions étaient présentes et verbalisées. Enfin, selon elle, aucune cause évidente ne pouvait expliquer ses difficultés et son manque d'estime d'elle-même.

La patiente a suivi une analyse entre 1999 et 2008 et souhaitait la reprendre prochainement.

##### **2. Le patient Monsieur R.**

###### **a) Plaintes**

Monsieur R., âgé de vingt-cinq ans et résidant à Strasbourg, a expliqué avoir « *un petit problème récurrent de bégaiement* » qui datait de la petite enfance. Il a précisé que le bégaiement le gênait surtout lors des prises de parole en public, notamment quand il

connaissait les personnes auxquelles il s'adressait. Monsieur R. a indiqué être mal à l'aise dans le cercle familial, avec les amis et en anglais. En revanche, les réunions professionnelles, les présentations orales ne lui posaient pas de problèmes.

b) Anamnèse

Monsieur R. a débuté ses études supérieures par un IUT de Chimie, puis s'est orienté vers une école d'ingénieurs et un Doctorat de Chimie. Il a précisé que ses études s'étaient bien déroulées et qu'il avait fait de nombreux voyages durant son cursus, soit pour des vacances, soit pour des raisons universitaires (stages, année ERASMUS en Suède...). Il s'est ainsi rendu en Afrique, au Canada, en Australie. Il pourrait devenir chercheur dans l'industrie, chercheur de laboratoire, et était intéressé par la direction d'équipes de travail.

Monsieur R. fait partie d'une fratrie de trois enfants. Il a une sœur aînée âgée de trente ans et une sœur jumelle. Il n'a évoqué aucun cas de bégaiement dans la famille. Son trouble datait de la petite enfance. Le patient a gardé le souvenir d'un lien privilégié avec sa sœur jumelle, en indiquant qu'ils avaient « *un propre langage à nous* » et que sa jumelle « *traduisait* » à ses parents ce qu'il voulait dire. Enfin, Monsieur R. a décrit sa famille comme « *ne parlant pas beaucoup* » et verbalisant peu les émotions : « *très discrets sur les sentiments* » .

**B. Des patients hétérogènes dans la manifestation symptomatique de leur bégaiement masqué**

1. Une patiente avec une partie émergée de l'iceberg-bégaiement réduite à rien

La première fois que nous avons entendu Madame B. s'exprimer, nous avons perçu une parole fluide, voire volubile, telle que certains patients fluents auraient envie de la maîtriser. Lorsqu'elle parlait de son trouble et de sa souffrance, c'était toujours avec une justesse et une précision dans le choix du lexique. Mais, entrons plus précisément dans la description de sa symptomatologie telle qu'elle apparaît au bilan.

a) Description du trouble

S'agissant des manifestations visibles, la parole était parfaitement compréhensible, les pauses étaient adaptées et on notait l'absence de manifestations physiques et de mouvements accompagnateurs. Les situations de fluidité concernaient les situations de paroles peu formelles, c'est-à-dire avec les amis ou un nombre de personnes restreint. Les situations difficiles étaient celles qui concernaient les interventions orales dans le monde professionnel où Madame B. a indiqué craindre de prendre la parole.

b) Le bégaiement vu par le patient et son entourage

Madame B. n'a pas utilisé le terme « bégaiement » pendant la consultation. La patiente a expliqué que les personnes de son entourage ne lui avaient jamais fait de remarques au sujet de ce trouble. Le bégaiement n'a jamais été identifié ou perçu en tant que tel et n'a donc pas été pris en charge. Madame B. a précisé n'avoir jamais parlé de ses difficultés à aucun de ses amis proches, ni même à sa famille.

Dans sa vie professionnelle, elle a mentionné devoir faire un effort lors des prises de parole en public et être très gênée par ses difficultés dans la vie sociale.

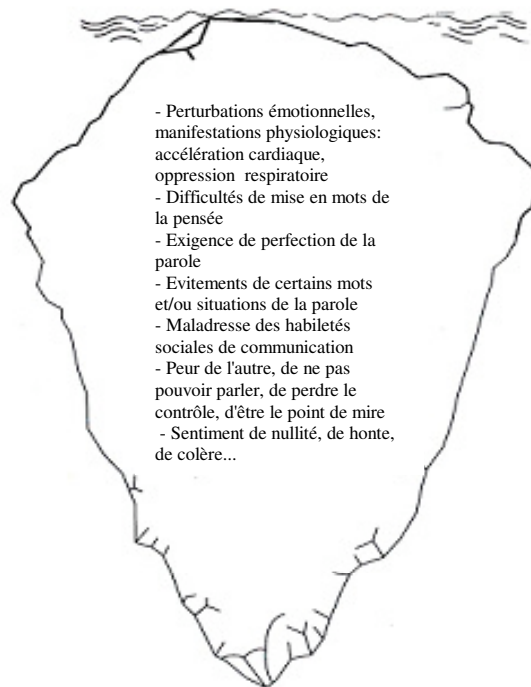
c) Exploration

- *Articulation* : elle était correcte pour tous les sons.
- *Parole spontanée* : aucun bégaiement n'a été entendu durant l'entretien ; l'intonation était préservée ; le débit était normal ; la respiration était satisfaisante ; la voix paraissait bien placée ; le message était correct mais Madame B. a parlé de la perte du lien entre les idées et les mots à certains moments ; le niveau d'interaction était bon ; le regard était satisfaisant ; la patiente a dit être très émotive.
- *Chant* : l'épreuve était réussie, Madame B. avait une jolie voix.
- *Séries automatiques* : elles étaient réussies.
- *Autres investigations* : les épreuves de mémoire et d'évocation étaient satisfaisantes. Madame B. a expliqué manquer de concentration.

d) Qualité de la communication

Durant l'entretien, elle était satisfaisante.

e) La représentation de l'iceberg-bégaiement masqué de Madame B.



L'iceberg-bégaiement de madame B. se caractérise par l'émergence d'aucun signe visible et audible de son trouble. La ligne de flottaison recouvre entièrement le bloc de glace. C'est la prise en charge orthophonique de la patiente qui nous aidera, ultérieurement, à déterminer plus précisément la nature des éléments constitutifs de son masque.



2. Un patient avec une partie émergée de l'iceberg-bégaiement réduite à presque rien

La première fois que nous avons rencontré Monsieur R., celui-ci a présenté des manifestations symptomatiques à peine plus apparentes. Mais ces signes cliniques étaient si peu fréquents et si peu développés qu'ils ne pouvaient être interprétés d'emblée comme les symptômes d'un bégaiement. Mais, examinons plus précisément les composantes symptomatologiques de son trouble telles qu'elles apparaissent au bilan.

a) description du trouble

Si nous nous référons aux facteurs observables, la parole était parfaitement compréhensible, même si quelques blocages et répétitions de syllabes ont été perçus ; les pauses étaient adaptées ; des manifestations physiques se présentaient sous la forme de tics faciaux (des clignements d'yeux) ; aucun signe associé n'était à relever.

Les situations de fluidité concernaient les situations de paroles formelles, c'est-à-dire les interventions orales préparées. De même, le patient a dit se trouver «éloquent» avec son responsable. Les situations difficiles correspondaient aux prises de parole dans un entourage connu et intime, par exemple lorsque monsieur R. se trouvait en présence de la famille de sa compagne. Il a indiqué alors être dans une situation de représentation qui le mettait mal à l'aise.

b) Le bégaiement vu par le patient et son entourage

Monsieur R. a expliqué avoir une attitude parfois « passive », et ressentir le blocage au niveau laryngé : le mot bloquait et il continuait à parler.

Les personnes de son entourage ne lui ont jamais fait aucune remarque. Il a indiqué ne presque plus bégayer dans sa famille. Toutefois, Monsieur R. a raconté avoir subi des moqueries au collège et au lycée, et avoir été très gêné par la lecture à haute voix devant la classe.

Le patient a bénéficié d'un suivi orthophonique d'une dizaine de séances à l'âge de cinq/six ans. Il a estimé que l'amélioration avait été rapide et a qualifié son bégaiement comme «stable» depuis le lycée.

S'agissant de l'impact du trouble dans sa vie, Monsieur R. a ajouté qu'il ne parlait pas de son bégaiement à son entourage, hormis à sa compagne. Dans sa vie professionnelle, il a indiqué être à l'aise. Cependant, il a estimé parler « *trop doucement et ne pas assez articuler au téléphone* ». Dans sa vie sociale, Monsieur R. ressentait que le bégaiement l'empêchait de prendre la parole dans les débats ou dans les échanges incisifs, à son grand regret. Il a parlé « *d'évitements* ».

c) Exploration

- *Articulation* : elle était correcte pour tous les sons.
- *Parole spontanée* : quelques blocages et répétitions de syllabes étaient perceptibles ; l'intonation était préservée ; le débit était normal ; la respiration était satisfaisante et la voix semblait bien placée ; le message était correct pendant l'entretien et le

## Les bégaiements masqués : comment lever le masque ?

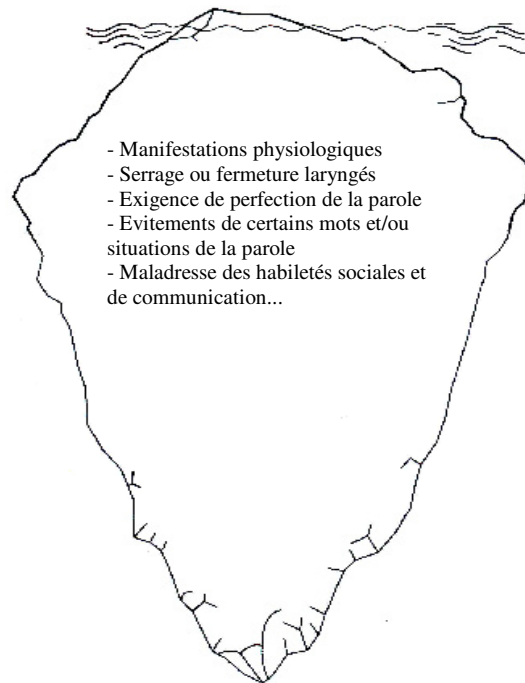
patient a dit conserver le lien avec ses idées ; le niveau d'interaction était bon ; le regard était satisfaisant ; Monsieur a indiqué ne pas montrer facilement ses émotions.

- *Chant* : l'épreuve était réussie. Monsieur R. avait une jolie voix.
- *Séries automatiques* : elles étaient réussies.
- *Autres investigations* : les épreuves de mémoire et d'évocation étaient satisfaisantes.

### d ) Qualité de la communication

Durant l'entretien, elle était satisfaisante.

### e) La représentation de l'iceberg-bégaiement masqué de Monsieur R.



Contrairement à Madame B., l'iceberg-bégaiement du patient se caractérise par la présence, bien que minime, d'une partie émergée. Ce bloc de glace, qui affleure légèrement à la surface, est constitué des signes audibles de Monsieur R., avec des blocages et des répétitions, et de ses signes visibles avec des syncinésies faciales.

C'est le suivi thérapeutique de Monsieur R. qui nous permettra d'affiner l'identification des différentes composantes du soubassement.

## **C. Diagnostics orthophoniques posés et mécanismes de contrôle des patients**

### **1. Diagnostic orthophonique et mécanisme de contrôle du bégaiement masqué de Madame B.**

#### a) Diagnostic

Le diagnostic orthophonique posé était le suivant : « Madame B. présente un bégaiement qui se manifeste par une rupture dans le lien entre les mots et les idées et une désorganisation de la syntaxe. La conséquence est la perturbation de la communication par la présence d'évitements (de situations, de mots), des difficultés d'intelligibilité et un manque d'estime et de confiance en soi. L'image qu'elle donne de ses difficultés est celle de se "*débattre dans l'eau au risque de se noyer*". »

#### b) Mécanisme de contrôle

Madame B. évoquait la perte du lien entre les idées et les mots à certains moments et disait avoir du mal à poser son discours. Pendant sa prise en charge thérapeutique, elle racontait qu'elle perdait souvent ses moyens et qu'elle n'avait plus de connexion entre ses idées et sa parole, même si l'idée générale était présente. Elle disait aussi faire des fautes de français et éprouver des difficultés dans la syntaxe. Cette situation générait en elle de l'agressivité qui s'accompagnait d'une hausse très sensible de son intensité vocale et d'une difficulté dans la recherche de ses mots.

Ces manifestations pourraient faire penser à la présence de troubles de l'évocation. Cependant, il n'en est rien. Dans son mémoire<sup>74</sup>, Aurélien Bresson explique que les évitements et remplacements de mots peuvent être un diagnostic différentiel des troubles de l'évocation. En effet, choisir constamment le bon synonyme, la bonne périphrase est une tâche cognitivement coûteuse : il faut inhiber la forme du premier mot qui nous vient à l'esprit, activer un ensemble de mots associés pour sélectionner celui qui en est le plus proche sémantiquement, tout en effectuant un filtre linguistique concernant les mots qui présentent un phonème difficile à réaliser pour la personne bègue. Ce travail cognitif est lourd et fastidieux : le choix du vocabulaire qui s'effectue généralement de manière automatisée selon le sens fait alors l'objet d'une attention consciente. Lorsque ce phénomène de changements de mots devient fréquent, il peut se révéler invalidant : le locuteur perd le fil de son discours et peut présenter un manque de cohérence de sa pensée. Les périphrases et circonvolutions vont se chevaucher, provoquant des digressions dans lesquelles les interlocuteurs vont se perdre.

C'est pourquoi Madame B., parfaitement fluente, n'était pas en train de dire ce qu'elle avait à dire quand elle s'exprimait. La fonction référentielle du langage était perturbée et désorganisait la mise en ordre syntagmatique de sa pensée.

Madame B. contrôlait son bégaiement en privilégiant une censure au niveau de sa représentation interne visuelle de la manière de mettre en musique ou en forme sonore sa pensée. Mais soyons plus explicite et référons-nous au modèle de production verbale de mots de Levelt, modèle de la parole à étapes sérielles. Celui-ci fonctionne selon trois niveaux : le niveau du conceptualisateur, le niveau du formulateur et le niveau de l'articulateur.

---

<sup>74</sup> Bresson, A.,(2010). *Bégaiement et trouble de l'évocations : quels mécanismes ?* Mémoire présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie de l'Université de Strasbourg.

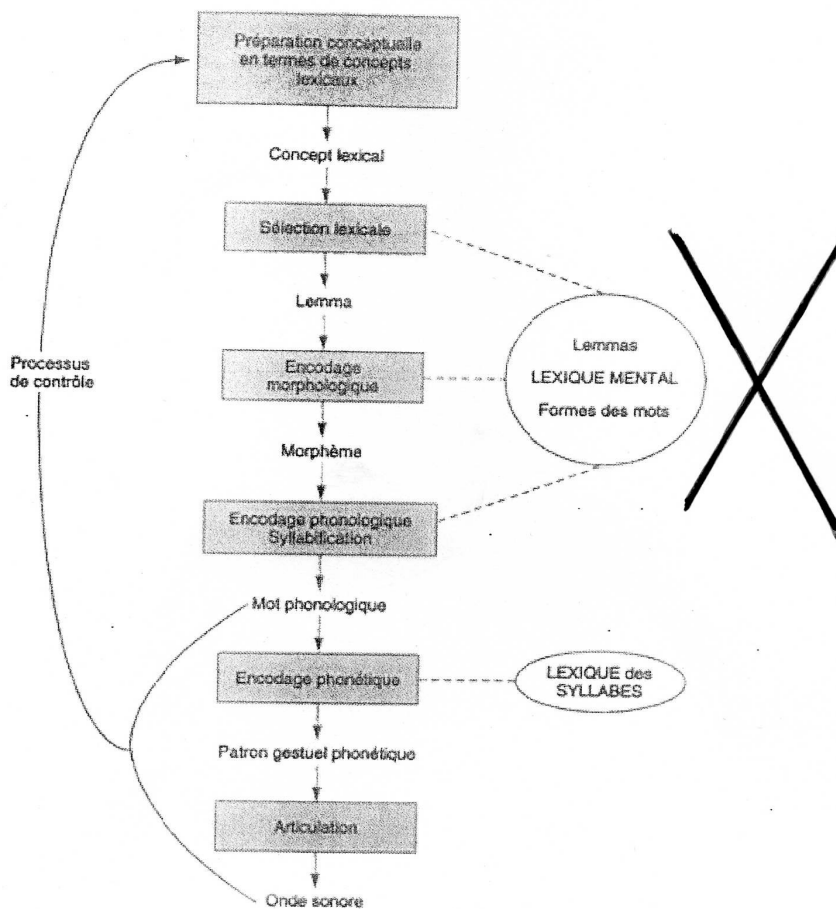
## Les bégaiements masqués : comment lever le masque ?

➤ Le niveau du conceptualisateur correspond au moment de la préparation du concept que le sujet veut énoncer. Ce niveau comprend le sens du message qui sera verbalisé, puis le sens des mots qui seront employés (concept lexical).

➤ Le deuxième niveau, celui du formulateur, est divisé en deux sous-étapes : la sélection lexicale et l'encodage phonologique. Lors de la première sous-étape de la sélection lexicale, plusieurs items vont partager des caractéristiques communes avec l'item cible qui correspond au concept. Ainsi, si nous souhaitons dénommer « tigre », d'autres concepts correspondant à notre base de connaissances peuvent être activés, tels « lion » ou « chat ». L'item qui recevra le plus d'activations sera celui qui partagera le plus de traits sémantiques avec le concept de tigre. L'item lexical spécifié sémantiquement avec ses traits syntaxiques (le lemme) sera donc sélectionné par le sujet dans son lexique mental. Un seul lemme est sélectionné. Si le sujet désire sélectionner un synonyme, un des lemmes aura toujours un degré d'activation plus intense que l'autre. Car deux mots ne sont jamais parfaitement synonymes : il existe toujours des nuances dans leur utilisation.

La deuxième sous-étape peut alors commencer. C'est celle de l'encodage phonologique qui permet l'activation, à partir de ce lemme, de trois types de données qui la composent : les morphèmes, les syllabes et les phonèmes.

C'était à ce niveau du modèle, celui du formulateur, que Madame B. exerçait son métacontrôle.



Théorie de l'accès lexical en production orale (d'après Levelt et al., 1999)<sup>75</sup>

<sup>75</sup> Cité par Bonin, P. (2003). *La production verbale de mots*. Belgique : De Boeck.

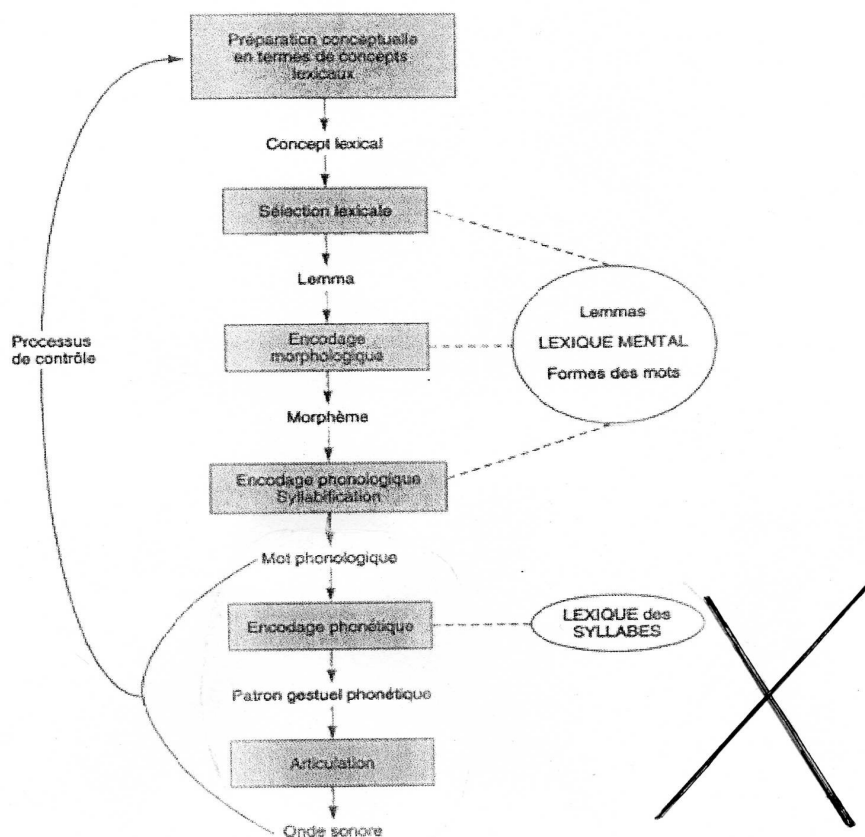
2. Diagnostic orthophonique et mécanisme de contrôle du bégaiement masqué de Monsieur R.

a) Diagnostic

Le diagnostic orthophonique posé était le suivant : « Monsieur R. présente un bégaiement qui se manifeste dans la parole par des blocages et des répétitions. Ce bégaiement a des conséquences dans la communication, en touchant les aspects non-verbaux (présence de syncinésies faciales) et verbaux (évitements de situations, de mots). Le patient donne l'image de "quelqu'un en retrait contre-nature" et décrit de l'appréhension dans les différents contacts et dans la perspective de son avenir professionnel. »

b) Mécanisme de contrôle du bégaiement masqué de Monsieur R.

Le contrôle qu'exerçait Monsieur R. sur la mise en forme sonore de sa pensée se matérialisait de façon privilégiée au niveau kinesthésique de la sortie de la parole. C'est-à-dire que sa censure s'exprimait au moment de l'émission verbale. Le lien avec sa pensée était préservé. Mais revenons au modèle cognitif de production verbale de Levelt. C'est au troisième niveau de ce modèle que s'opérait le contrôle de notre patient. Ce niveau correspond à l'articulateur, c'est-à-dire au moment où Monsieur R. va réaliser le patron phonologique au stade des organes phonatoires. On note à cette étape l'existence d'un processus de feed-back (contrôle) qui intervient au niveau interne où le mot va pouvoir être corrigé au moment de la mise en place du patron phonologique ; et au niveau externe où le locuteur, grâce à son système auditif, va capter l'onde sonore qu'il a précédemment émise et en analyser sa production. Si celle-ci est incorrecte, il aura la possibilité de la rectifier.



## **II. Un projet de démasquage thérapeutique différencié**

Nous avons démontré que le mécanisme de contrôle du bégaiement masqué divergeait selon nos patients. La priorité de l'approche thérapeutique n'a donc pas été la même pour chacun d'entre eux. Le travail de remédiation s'est élaboré en fonction d'une ligne de base déterminée par le bilan, mais aussi en tenant compte de ce que les patients amenaient comme demandes et besoins à chaque séance.

### **A. Priorité au travail de démasquage des cognitions et émotions négatives de Madame B.**

Madame B. a spécifié « *souhaiter libérer sa parole, avoir un discours plus fluide comme une mer calme, sereine* ». Afin d'assouplir le métacontrôle, l'orthophoniste a d'abord axé sa prise en charge sur des exercices de flexibilité mentale et une restructuration des cognitions irrationnelles. Parallèlement, un travail sur les entrées émotionnelles, particulièrement invalidantes pour la patiente, s'est effectué : l'urgence thérapeutique se situait à ce niveau.

#### 1. La levée de la composante cognitions irrationnelles du masque

##### a) Le recadrage des cognitions irrationnelles

« *Je sens que je n'arrive pas exprimer tout ce que je veux dire* » était une des pensées irrationnelles de Madame B. (en effet, est-il vraiment nécessaire de tout dire au cours d'une interaction verbale ?). Nous avons relevé dans la partie théorique que les schémas cognitifs des personnes bègues masquées étaient activés par le processus cognitif réactionnel de l'assimilation, qui entraîne une rigidité de la pensée. L'orthophoniste a donc eu comme objectif d'aider la patiente à développer un autre processus, celui de l'accommodation. Ce processus permet un élargissement vers un changement de la pensée, pour une cognition plus adaptée. Dans la théorie piagétienne, il y a accommodation lorsque, le milieu se transformant, l'organisation de la pensée s'adapte à ce changement en se transformant elle-même. L'accommodation est le processus antagoniste et complémentaire de l'assimilation ; leur équilibre permet l'adaptation.

Ainsi, la perspective thérapeutique était de modifier les convictions profondes et les schémas cognitifs de Madame B., s'ils ne correspondaient pas à la réalité observée.

##### b) Le travail de la fluidité de la pensée : pareil/pas pareil

La tâche de la patiente était de constituer des classements d'objets hétéroclites selon différents critères de dissemblance, puis de ressemblance. C'était un exercice de flexibilité ardu de la mise en relation, demandant un élargissement de son champ focal. Le pareil était plus difficile à élaborer que le différent au niveau de la pensée représentative de Madame B.

Cette approche permettait aussi de faire prendre conscience à la patiente que pour un même item (donc pour un même fait), il pouvait exister plusieurs points de vue possibles.

## 2. Priorité sur la levée des entrées émotionnelles du masque

a) La notion de « contrat » et d'expositions : pour un transfert dans la vie quotidienne

Les grandes orientations thérapeutiques d'une prise en charge n'ont de sens que recontextualisées dans le cadre naturel de l'échange. La thérapie comportementale et cognitive se base sur un modèle dit « interactionnel », composé des apports du comportementalisme et du cognitivisme. Ce modèle étudie les phénomènes sociaux d'apprentissage à partir d'une interaction entre l'individu, son système de pensée et son milieu extérieur.<sup>76</sup>

L'approche cognitivo-comportementale commence par un processus de concrétisation (quel est le problème ? Comment le sujet le définit-il ?). Puis, elle continue par le relevé de la triade cognition/émotion/comportement pour les situations-problèmes exposés et évalue leurs interactions. Une fois inventoriés, les problèmes sont classés par ordre de gravité. Ensuite, par des tâches dites « d'auto-observation », le sujet est amené à identifier ce qui va empêcher ou favoriser l'apparition d'un bégaiement ; donc à déterminer les circonstances, les émotions, les conduites qui précèdent et suivent un bégaiement. Un travail d'analyse et de recherches de stratégies d'adaptation pour palier celui central de l'évitement peut aussi se faire. Enfin, le projet thérapeutique est élaboré avec les patients, selon un processus propre à chaque sujet.

Madame B. souffrait d'être submergée par des émotions d'une telle intensité qu'elles l'amenaient à avoir « *des blancs dans la communication* ». Ses émotions et sentiments négatifs étaient des renforçateurs négatifs de ses conduites d'évitement de mots et de situations sociales. Une meilleure gestion des émotions de la patiente devait nécessairement accompagner tout son parcours thérapeutique. Le travail de fêlure de la dimension émotionnelle du masque s'est fait en interaction avec le milieu exogène, sur un versant plus comportemental.

Le contrat est l'outil-clé qui fait sortir le traitement du trouble du cadre de la séance pour une généralisation des techniques et des changements en cours d'acquisition. Il permet au sujet de juger de l'efficacité des acquis et de son nouveau comportement, et de modifier graduellement les sentiments négatifs qui s'y attachaient auparavant.

Cette notion impliquait la prise en charge de Madame B. par elle-même, selon plusieurs séquences :

➤ La première étape thérapeutique consistait à amener la patiente vers une désensibilisation conceptuelle. Dans cette optique, Madame B. a organisé un tableau qui recensait les situations sociales selon qu'elles étaient perçues comme faciles, moyennement faciles et très difficiles, en fonction de l'anxiété anticipée de la situation. Elle a décrit les événements précis produisant les émotions des plus plaisantes au plus déplaisantes, en qualifiant la nature des émotions et sentiments éprouvés et en évaluant l'intensité.

Cette liste était un peu longue à élaborer : elle était donc enrichie au fur et à mesure, dans le temps. L'important était que la patiente se rende compte que toutes les circonstances de vies ne sont pas équivalentes, qu'il existait un rapport affectif plus ou moins élevé pour chaque situation. Cette énumération a servi de repère afin de proposer des contrats successivement plus chargés émotionnellement.

---

<sup>76</sup> Bandura, 1976. Cité par De Chasse, J., et Brignone, S. (2003), *op. cit.*, p. 45.

Illustration:

| Facile                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Moyenne                                                                                                                                                                                                                                                     | Difficile                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- contact le plus court possible</li> <li>- faire mes courses</li> <li>- salutations des gens croisés</li> <li>- personnes avec qui je suis à l'aise</li> <li>- parler en public (petit groupe)</li> <li>- intervenir spontanément dans un groupe sécurisé</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- quand je vois une personne au début</li> <li>- avec les personnes avec qui je ne suis pas très bien</li> </ul>                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- les personnes avec qui je me sens mal à l'aise</li> <li>- liens hiérarchiques</li> <li>- homme séduisant</li> </ul>                                                                                        |
| Emotions ressenties                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- ça se passe bien</li> <li>- je ne me rends pas compte de mon corps</li> <li>- sereine</li> <li>- j'y vois clair</li> <li>- je vis le moment</li> </ul>                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- respiration trop rapide</li> <li>- tremblements de la main</li> <li>- gesticulations</li> <li>- haussements de voix</li> <li>- émotivité, panique, nervosité</li> <li>- sentiments de nullités, de peur</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- cœur qui bat</li> <li>- beaucoup de tremblements</li> <li>- respiration rapide</li> <li>- grande panique</li> <li>- peur d'être jugée</li> <li>- sentiments d'être déconnectée, d'être ailleurs</li> </ul> |

- Donner à Madame B. les moyens d'affronter les situations anxiogènes.

Parallèlement à l'élaboration de cette liste, un travail de détente et de relaxation pour une maîtrise de la tension psychomotrice, était réalisé par l'orthophoniste. C'est un outil préventif : face à une situation-problème, le sujet tentera de réguler son niveau d'activation physiologique pour éviter d'être stressé et donc de déclencher son bégaiement.

Ces séances de relaxation, induites par la voix de la thérapeute et basées sur des exercices issus de la sophrologie, entraînent une diminution des rythmes cardiaque et respiratoire et donc de toute activité physiologique. Les tensions musculaires se relâchent. Détendu, le sujet est apte à affronter des situations anxiogènes et est dans la capacité émotionnelle de mettre en place des comportements adaptés face à une situation-problème : il agit, réfléchit et raisonne de manière plus efficace. L'objectif était de faire prendre conscience à la patiente de l'existence de tensions et d'obtenir de sa part leur contrôle (la parole est aussi une mise en tension permanente avec relâchement).

Grâce à un travail autour du centrage personnel, l'orthophoniste a également appris à la patiente comment, au cours des interactions verbales, rester en accord avec elle-même et ne pas se sentir dérangée par la parole de l'autre. « *Le centrage réunit plusieurs caractéristiques qui, combinées les unes aux autres, génèrent une disponibilité immédiate de toutes les ressources dont nous avons besoin, nous aidant ainsi à nous ressaisir et à retrouver un équilibre chaque fois que, bousculés par les aléas du quotidien, nous nous sentons perdre pied* » (Christophe Peiffer). En effet, le centrage permet d'être ouvert, d'avoir ses sens tournés vers l'extérieur, d'établir un lien entre notre intérieur (conscient et inconscient) et notre environnement, d'avoir la pleine conscience de soi à l'instant présent. Et d'accueillir de façon inconditionnelle tout ce qui se passe en nous ou à l'extérieur de nous (les autres), en terme d'émotions, de sentiments, de ressentis, de comportements, sans juger, critiquer, combattre ou fuir.

L'objectif de la thérapeute a été de sensibiliser Madame B., de manière pragmatique et concrète, à ce qu'est une interaction ; donc, à ce que signifie simultanément agir sur autrui (la parole est un acte, elle a une fonction conative), être agi par la parole de



l'autre et accompagner cette parole, tout en restant soi-même (c'est-à-dire recentré). L'exercice consistait pour la patiente à imaginer une ligne intérieure associée à une couleur (centrage), qui reliait les trois points suivants : son front, son sternum et son ventre. Avec sa main, l'orthophoniste a ensuite donné une impulsion sur l'épaule de Madame B. dont la consigne était d'accompagner le mouvement, et non de se crispier ou de réagir sur un mode agressif. Puis, la patiente a été invitée à faire de même avec la thérapeute. Mais, elle a eu de grandes difficultés à rendre cette impulsion, à être dans une réciprocité d'action.

➤ La patiente a été mise « au défi » d'utiliser dans la vie quotidienne les acquis de la thérapie pour lutter contre l'anxiété.

Grâce à la répétition régulière des expositions aux situations anxiogènes de la vie quotidienne, Madame B. a expérimenté graduellement la réduction progressive des réponses émotionnelles négatives sans changement de stimulus (c'est le phénomène de l'habituation). Elle a conjointement expérimenté l'inexistence des conséquences péjoratives que ces cognitions et émotions négatives lui faisaient tant redouter. Le but ultime de cette désensibilisation graduée était de parvenir à l'extinction, c'est-à-dire à la suppression des émotions négatives générées par les expositions répétées aux situations anxiogènes. Il s'agissait d'amener les attitudes négatives de la patiente à se fendiller pour laisser place à plus d'ouverture à l'échange et moins à la formalisation du message ; et d'engendrer par répercussion la mise en place d'une meilleure écoute de l'interlocuteur, entraînant à son tour des émotions plus positives chez la patiente.

➤ Madame B. a rendu compte de ses expérimentations au fur et à mesure, à elle-même, puis à l'orthophoniste.

La patiente a, petit à petit, enrichi son *listing* de commentaires. Ses annotations ont relevé les paramètres qui ont positivement évolué, et ont qualifié et évalué leurs améliorations. En retour, la thérapeute a renvoyé un feed-back positif par ses encouragements, ses félicitations. Ces renforcements positifs ont contribué à la poursuite et à l'augmentation d'apparitions de comportements adaptés de Madame B. lors des situations identifiées comme problématiques.

#### b) La scénothérapie<sup>77</sup>

La fonction émotive (R. Jakobson) est la fonction la plus censurée chez les personnes bègues, par crainte que cette émotion ne viennent entraver la parole, en mettant à jour des ressentis qu'ils seront dans l'incapacité de verbaliser. Or, l'émotion a un rôle de support dynamique de la parole. Réconcilier la patiente avec ces émotions diminuera son anxiété verbale et la conduira à s'affirmer, à pouvoir dire « Je ». Dans cette optique, la thérapeute du langage a utilisé un autre outil, celui de la scénothérapie. Cette approche consiste en une thérapie émotionnelle médiatisée par le texte littéraire. Les textes, sélectionnés et répertoriés pour leur pouvoir inducteur, peuvent mobiliser les différents registres de la vie affective, symbolique et imaginaire et agir sur des fonctions conscientes, préconscientes ou inconscientes. Cette méthode permet, grâce aux processus psychiques que sont l'introjection, la projection et l'identification, (dont l'incorporation par la lecture à haute voix des textes), de travailler sur deux registres : l'émotion et la représentation. Quel que soit

---

<sup>77</sup> Le Huche, S. (1993). Quatre risques de fracture dans la parole du sujet bègue : réponses possibles de la scénothérapie. *Glossa*, 33, 28-35.

son positionnement vis-à-vis du des propos de l'auteur ou de la situation décrite, ce positionnement en lui-même a des effets suffisants pour mettre en branle des processus psychiques, psychologiques, cognitifs, comportementaux propices à créer du mouvement, de la réorganisation et du changement.

L'émotion est le premier point d'impact ; mais bousculer l'émotion, la réactiver, en faire prendre conscience, n'est pas suffisant si le ressenti n'est pas accompagné d'une mise en mots et d'une mise en images. C'est ce que fait le texte qui, avec des mots et des images, permet de créer, transformer ou enrichir une représentation mentale qui n'existait peut-être pas auparavant dans la conscience du sujet, ou existait mais de manière limitée ou figée. Le texte littéraire, en permettant de mettre du langage sur une expérience émotionnelle, va donc aussi permettre de s'en détacher, de la manipuler, lui donner des nuances, faire évoluer son sens, moduler son intensité, etc. La scénothérapie est une approche douce et respectueuse des défenses du sujet. En effet, celui-ci peut s'appuyer sur les mots qui mettent en scène une expérience de vie déjà élaborée et prédigérée par un auteur. Il peut aussi bien adhérer à ses propos que s'en démarquer ou les rejeter (c'est l'« effet de masque » du texte).

La scénothérapie génère la création d'une réorganisation de ses représentations, ainsi que le développement de ses capacités d'expression, de connaissance de soi, d'affirmation personnelle...Elle permet de dire et de se dire en se laissant agir par le discours d'autrui. Elle redonne aux mots leur espace projectif et métaphorique, amène le patient à pouvoir les investir affectivement. Plus fort pour dire son Moi dans l'échange, il peut accepter le Moi de l'autre, et communiquer réellement.

### c) Le travail thérapeutique de l'affirmation de soi

Pour être le partenaire d'interactions satisfaisantes, encore faut-il pouvoir s'affirmer. L'affirmation de soi est étroitement dépendante de la dimension « confiance en soi » de l'estime de soi. La restauration de cette part de l'estime de soi, dont Madame B. se dit être en grande partie amputée, contribue à faciliter la mise en place de comportements adaptés qui pallient les évitements. L'affirmation de soi est *« un comportement qui permet à une personne d'agir au mieux de ses intérêts, de défendre son point de vue sans anxiété exagérée, d'exprimer avec sincérité et aisance ses sentiments, d'exercer ses droits sans dénier celui des autres et qui a le sentiment de donner aux autres une image d'elle-même qui correspond à ce qu'elle sait qu'elle est »* (Alberti et Emmons)<sup>78</sup>.

La thérapeute a exploité les phrases d'affirmation de soi. Elle énonçait une phrase que la patiente devait identifier comme affirmative, très affirmative (agressive) ou passive. Ensuite, Madame B. la reformulait dans une des deux autres postures, en respectant la longueur initiale de la rhèse. C'était un exercice difficile pour la patiente.

#### Exemples :

- « *Je fais attention à ne pas heurter les sentiments des autres, même si je sens qu'on me blesse* » est une phrase passive. « *Quand les gens me blessent, je n'hésite pas à le leur faire comprendre de façon courtoise* » est sa reformulation affirmative.

- « *Je me bats pour arriver aussi bien que les autres dans ma profession* » est une phrase très affirmative. « *Dans ma profession, je n'ai pas besoin de me battre pour être meilleure* » est sa reformulation affirmative.

---

<sup>78</sup> Cités par De Chasse, J., et Brignone, S. (2003), *op. cit.*, p. 48.

## **B. Une approche kinesthésique du travail de démasquage de Monsieur R.**

Nous avons vu que l'hypercontrôle qu'exerçait Monsieur R. s'exprimait au niveau de la sortie kinesthésique de l'acte verbal. Une des premières approches thérapeutiques s'est donc axée sur une prise en charge de l'assouplissement de cette voie d'accès. Le but était de repérer et de réduire les bégayages du patient, c'est-à-dire ses blocages et répétitions.

Les tensions de Monsieur R. s'exprimaient particulièrement sur les occlusives apico-alvéodentales. Elles se manifestaient par :

- Des excès de tonicité des muscles linguaux. La langue venait se coller au palais et bloquait l'articulation des sons au moment de l'émission des mots. L'augmentation de la tension des muscles de l'articulateur lingual induisait une telle pression au niveau de ces points d'articulation que le cheminement normal de l'air supraglottique se trouvait entravé.
- Des répétitions de syllabes ou de mots mono-syllabiques.
- Des blocages en posture phonatoire : la parole était stoppée par un mot ou une syllabe qui ne franchissaient pas la sphère oro-buccale.

### 1. L'ERASM<sup>79</sup>

Pour débiter cette approche de relâchement kinesthésique, l'orthophoniste a initié Monsieur R. à l'apprentissage de l'ERASM. L'*Easy Relax Approach Smooth Movement* est une méthode motrice de modification de la parole inventée par le professeur H. Gregory, lui-même bègue. Cette technique travaille directement sur les mécanismes de la parole, et vise concomitamment une diminution de la tension qui domine au moment des bégayages et une désensibilisation du sujet bègue quant à ses disfluences. C'est un peu une kinésithérapie de la parole. Ce n'est pas une béquille à ne pas bégayer mais le reconditionnement d'une parole où les repères temporels sont altérés, pour le locuteur comme pour l'interlocuteur (le bégaiement casse la parole là où le langage ne le demande pas, nuisant ainsi à l'intelligibilité du message). L'ERASM fait passer l'ordre moteur par un autre graphe neuronal : c'est un travail de modification des bégayages. Le procédé consiste en une émission du premier phonème - du fait de l'anticipation du second - de façon globalement plus lente et avec une attaque plus douce. La technique est un peu particulière quand il s'agit d'un mot commençant par une voyelle, car il y a souvent spasme laryngé : on prolonge alors le phonème vocalique jusqu'à sa stabilisation. Un liage plus souple entre les deux premiers gestes articulatoires est ainsi assuré qui permet une réunification de la syllabe ou une liaison des mots.

L'objectif était d'apprendre à Monsieur R. à mieux utiliser son mécanisme de parole, à bégayer de manière moins déplaisante, et à ne plus devenir plus victime de ses bégayages. En effet, cette technique joue à la fois un rôle moteur et un rôle de réassurance du sujet bègue par le sentiment de contrôle que le patient ressent au fur et à mesure de son utilisation. L'interlocuteur est aussi plus à l'aise car il considère l'ERASM comme un comportement tranquillisateur volontarisé. Ce comportement est un des meilleurs moyens de réparer un accident de paroles et de restaurer le climat de l'échange, parce qu'il permet au sujet bègue d'envoyer un signal à son partenaire pour lui montrer qu'il a bien perçu un problème dans son élocution et qu'il ne cherche pas à le cacher. La « tranquillisation » de l'interlocuteur permet au locuteur, s'il a été déstabilisé, de reprendre pied et de poursuivre.

---

<sup>79</sup> Simon, A-M. (2011). Bégaiement : ERASM et autres techniques rééducatives (1/2). *L'Orthophoniste*, 310, 19-26.

Monsieur R. a pratiqué cette technique selon :

- Une hiérarchie croissante de difficultés linguistiques.

Monsieur R. a commencé son apprentissage en partant des mots dont la posture phonatoire était apparente, puis l'a poursuivi avec des expressions et des phrases de plus en plus complexes.

- Une hiérarchie croissante des situations de paroles.

L'orthophoniste a exposé le patient à des situations de parole de plus en plus complexes : lecture, complétions de phrases, jeux de balle dans des contextes d'évocations de champs lexicaux et de j'aime /je n'aime pas, en séances individuelles puis en groupe thérapeutique.

## 2. Le RED (Rêve Eveillé Dirigé)

La thérapeute a utilisé le rêve éveillé dirigé (RED) lors de la troisième séance du suivi orthophonique de Monsieur R., dans une perspective de prise de conscience par le patient des points de tension générés par son hypercontrôle kinesthésique. Monsieur R. a pu ainsi éprouver le cheminement de son bégaiement en reprenant le contrôle sur son trouble, tout en ayant la possibilité d'expérimenter conjointement le relâchement entraînant une parole libre et aisée.

Assis et les yeux fermés, le patient a été amené par la voix de la thérapeute à entrer dans son monde intérieur. Puis, l'orthophoniste a invité Monsieur R. à s'empêcher de prononcer à plusieurs reprises, par une contraction maximum, un mot problématique à articuler pour lui. Au cours de cette contraction, le patient a identifié les points de serrage corporels qui correspondaient aux endroits où s'inscrivait le bégaiement. La thérapeute a retenu ces points pour la suite de l'exercice, et a encouragé Monsieur R. à mettre des termes sur ce qu'il ressentait quand il ne s'empêchait pas de prononcer le mot choisi. L'orthophoniste a ensuite demandé au sujet de serrer très fortement les poings, pendant qu'elle évoquait les points de serrage auparavant cités et vérifiait que ces noeuds revenaient bien. Enfin, Monsieur R. a été convié à détendre les mains et les différents points de tension du corps qui venaient avec, afin de faire remonter le mot et le laisser sortir. Cette remontée du mot était accompagnée de la prononciation, par la thérapeute, des termes de détente, dans l'ordre chronologique tel qu'évoqué précédemment par le patient. Il s'agissait d'exercer les proprioceptions du sujet et de focaliser son attention sur une décontraction non naturelle pour lui, en guidant le mot de sensations agréables.

Ainsi, Le RED a permis à Monsieur R. non seulement d'expérimenter ce que signifie vraiment l'acte de parler « librement », mais aussi de se projeter comme quelqu'un qui a la possibilité de pouvoir le faire. De ce fait, cette méthode constitue un ancrage, une motivation pour mieux s'investir dans les interactions verbales lors de situations anxieuses.

### **III. Approches communes du démasquage thérapeutique**

Au cours des séances de remédiations orthophoniques de chacun de nos deux patients, nous avons pu constater la prise en charge de composantes communes du masque, à savoir la gestion de la triade cognitive, le non-dit et le gauchissement des habiletés sociales de communications.

### **A. La prise en charge de la triade négative cognitions-émotions - comportements**

Nous devons préciser que le travail d'approche comportementale et cognitive portant sur les situations-problèmes a constitué une trame thérapeutique. Il était effectué selon un *listing* situations/émotions/pensées/actions, dans une même démarche de prise de conscience, d'expérimentation graduée des techniques d'exposition avec recontextualisation des outils acquis en séances et évaluation des émotions, pour aboutir enfin à l'extinction.

Cette prise en charge s'élaborait autour des problèmes spécifiques rencontrés par les patients au fur et à mesure de leur suivi, et s'organisait suivant des thématiques différentes, en fonction de la nécessité du moment.

### **B. Le travail d'entraînement aux habiletés sociales de base**

Les habiletés sociales de communication aident à développer la capacité à s'affirmer et la théorie de l'esprit. Elles enrichissent qualitativement les interactions sociales et permettent d'être un locuteur compétent. Remédier à leur défaillance contribue donc à diminuer les émotions négatives.

55% du sens du message est présenté et transmis par le langage non-verbal corporel (gestes, postures, mimiques). Une série d'exercices de certaines des composantes de ces habiletés de bases ont été proposés à nos patients en séances individuelles.

#### **1. Apprivoisement du contact visuel**

Le contact visuel est l'accroche signifiant qu'il existe un champ relationnel. Maintenir le contact visuel c'est aussi maintenir la régie de l'échange en y intégrant les comportements sémiotiques non verbaux qui sont des messages à part entière, ou des signes complétant le message oral ou bien portant sur la qualité de la transmission verbale qu'il faut alors réajuster ou expliciter. Or, la perte du contact visuel, la fuite du regard au moment du bégaiement sont une des plus grandes entraves à la qualité de la communication chez le sujet bègue, du point de vue de l'interlocuteur.

Nous avons amené les patients à apprivoiser leurs contacts visuels avec les jeux de balle en station debout et statique. Une fois qu'ils étaient habiles, nous nous déplaçons avec la balle et, par mimétisme corporel, les patients bougeaient aussi tout en étant à l'aise. Comme dans une discussion, les patients devaient s'accorder avec nous. Étaient ainsi exercés le tour de rôle, l'observation du regard et de l'attitude corporelle de l'autre, pour une meilleure anticipation de son acte de lancer de balle.

#### **2. Exercices gestiques**

Il est important que les personnes bègues réimplantent leur parole dans un corps qui vit et bouge. Beaucoup sont figés et gauches face à autrui, dans leur communication.

Nous exerçons cette gestique avec nos patients et particulièrement Monsieur R., dont la proxémie (distance physique qui s'établit entre des personnes prises dans les interactions) était non adaptée. Le patient avait tendance à occuper tout l'espace communicatif corporel en s'affalant sur sa chaise, jambes écartées. Par mimétisme corporel, l'orthophoniste lui a fait prendre progressivement et subtilement conscience de son attitude : elle reproduisait son affalement sans le verbaliser et de façon moins ostentatoire pour ne pas heurter le patient qui aurait pu, sinon, l'interpréter comme une moquerie.

Exemples d'exercices :

- Sans parole : nous nous promenions dans le cabinet, nous nous croisions, nous nous arrêtions, nous sourions ; puis, tout en nous croisant, nous fixions le dessus de la tête, nous regardions le front, la base du cou, les yeux une seconde, nous faisons un signe.
- Avec paroles : nous échangeons des banalités comme demander l'heure ou parler du beau temps, nous nous disions bonjour. Les distances et les tons des locuteurs variaient.

3. Exercices oculaires et gestiques avec verbalisations

Le travail conjugué de contact oculaire et de gestique était pratiqué avec les patients sous la forme de jeux d'échanges de balle en mobilité corporelle. Conjointement, étaient introduits des échanges verbaux de difficulté croissante :

- Les séries automatiques.
- Les évocations, telles que donner oralement, chacun son tour, une série de mots à partir de champs sémantiques ou catégories lexicales proposés.
- Les fonctions phatiques du langage : « Comment vas-tu ? », « Bonjour ! », « Il fait beau aujourd'hui ! »... Elles induisent une complexification de l'échange du point de vue de la communication linguistique, car le locuteur s'implique plus personnellement tout en se décentrant pour envisager le destinataire du message.
- Donner les prénoms de personnes proches : les patients bègues sont plus en difficulté car nous sommes dans la sphère de l'intime et de l'émotionnel, plus propice au bégaiement.

**C. Le travail thérapeutique de la levée du tabou : « L'enquête bégaiement<sup>80</sup> »**

Evoquer le bégaiement reste une des choses les plus difficiles à réaliser pour quelqu'un qui bégaie. Lever le tabou, c'est libérer la honte en permettant à son entourage proche, à son groupe d'appartenance d'être des souteneurs. Boris Cyrulnik<sup>81</sup> explique que le récit de sa blessure, ici le bégaiement, fabrique une passerelle intersubjective construite avec les mots que l'on ose dire à quelqu'un qui ose les entendre. Il qualifie ce processus de « restructuration cognitive » et rajoute que le remaniement de la représentation de soi évolue au gré des récits et des rencontres affectives. Le sujet est à la fois apaisé parce qu'il a partagé son monde intime et s'est à la fois renforcé parce qu'il a créé quelque chose avec sa blessure. Briser le tabou équivaut aussi à traiter ce que François le Huche appelle la troisième malfaçon : la perte du comportement tranquillisateur.

Dans l'optique d'une levée du « *masque du tabou* », l'orthophoniste a transmis à Madame B. et Monsieur R. un questionnaire à soumettre aux proches ou à des inconnus. Le postulat de la thérapeute était le suivant : les interlocuteurs surpris par l'absence de bégaiements de nos patients, amèneront ces derniers à parler de leur spécificité, et donc à ébrécher leur masque. Cette enquête a été proposée après quelques mois de rééducation, quand une partie des acquis thérapeutiques avaient été assimilés. En voici le contenu :

---

<sup>80</sup> Enquête élaborée par Sylvie Brignone, orthophoniste.

<sup>81</sup> Cyrulnik, B. (2010), *op. cit.*, p.109.

**ENQUETE BEGAIEMENT**

Sylvie Brignone, Orthophoniste, Grenoble.

Bonjour, je m'appelle...

Dans le cadre de ma rééducation, je fais une enquête sur le bégaiement.

Acceptez-vous de répondre à quelques questions ?

Cela m'aidera beaucoup !

1. Connaissez-vous des personnes qui bégaiement ?
2. D'après vous, quelles sont les causes du bégaiement ?
3. Connaissez-vous des traitements pour guérir du bégaiement ?
4. Quels conseils vous donneriez à quelqu'un qui bégaie ?

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez donné.

C'est un processus long que celui de « décadencer » le non-dit. Nos patients ont eu du mal à faire remplir le document : depuis plus d'un mois qu'il était en sa possession, Monsieur R. n'y avait pas touché ; et Madame B. ne l'avait soumis qu'à sa meilleure amie.

**D. Travail autour de l'OREV, de la communication**

Le bégaiement est un trouble de la communication. Dans la partie théorique, nous avons constaté que la communication suppose l'existence d'un code commun entre l'émetteur du message verbal et le récepteur de ce message. Edmond Marc et Dominique Picard<sup>82</sup> définissent deux types de code :

- *Le code digital* : « "objectif, définitionnel, cérébral, logique, analytique" , il est utilisé par la science, c'est le langage de l'explication, de l'interprétation et se sert de signes arbitraires (d'ordre conventionnel entre signifiant et signifié). » Il était celui préférentiellement utilisé par nos patients.

- *Le code analogique* : « affectif et imagé ; il utilise des figures, des métaphores, des symboles. Il est le code des pensées non dirigées ; il s'exprime à partir d'une symbolique où le signifiant entretient un lien analogique avec le signifié. » C'est ce code que la démarche thérapeutique essaiera de faire acquérir à Monsieur R. et Madame B.

Ce travail sur la prise de conscience de ce que « mettre en commun » veut dire s'est fait dans un deuxième temps de la prise en charge. Car cette démarche est plus subtile, et suppose que les patients aient intégré les bases de l'interaction sociale.

---

<sup>82</sup> Cités par Simon A-M. (2005). Bégaiement = trouble de la communication où il n'est pas possible de séparer la partie haute et la partie basse de l'iceberg-bégaiement. *L'Orthophoniste*, 252, 19-25.

## **IV. Des avancées thérapeutiques**

Dans un premier temps, nous aborderons l'étape supplémentaire qu'a constitué la participation de nos patients à un groupe thérapeutique. Puis, nous tenterons de poser un regard clinique sur le cheminement thérapeutique de Madame B. et de Monsieur R.

### **A. Le groupe thérapeutique : objectifs et déroulé de séances**

Nous avons eu l'opportunité d'assister à la création de ce groupe qui comprenait trois patients : nos deux patients bègues masqués et un troisième, Monsieur G., dont les bégayages n'étaient pas très prononcés. A deux reprises, cette petite « assemblée » s'est réunie le soir après 19h00, pour une durée d'une heure environ. Nous avons été conviés à y participer et à le co-animer.

#### **1. Les objectifs du groupe thérapeutique**

La formation du groupe thérapeutique suppose une certaine homogénéité des symptômes, des âges et des vécus professionnels. Il est le complément d'une indispensable rééducation effectuée en amont lors des séances individuelles, et à un stade suffisamment avancé. Il n'est pas question de forcer l'évolution thérapeutique en séances, ce qui renforcerait les résistances, mais d'accompagner cette progression dans un climat de convivialité. Le but est d'essayer, au sein d'un groupe de personnes souffrant du même trouble, les changements auxquels les patients ont travaillé dans leur thérapie individuelle. Ce groupe est comme une base d'essai avant l'obstacle majeur de la prise en charge, celui du transfert dans le monde quotidien des possibilités de communication et d'ouverture acquises en séances.

La rencontre avec d'autres personnes partageant le même trouble permet d'en contrecarrer les effets délétères. Etre en contact avec des sujets ayant un vécu similaire est bénéfique car cela favorise un soutien social et un mécanisme de comparaison sociale entre pairs. Et ces deux aspects sont connus pour leur faculté de maintien d'une estime de soi positive. Une co-construction constituée par le « nous » se met graduellement en place, maintenue par la dynamique de groupe. Sortir du bégaiement passe par la capacité à s'affirmer : le groupe, mettant le sujet face à d'autres et donc face à des interactions sociales, permet progressivement cette affirmation de soi dans un lieu sécurisé.

#### **2. Déroulé de séances**

Comme le bégaiement est un trouble de la relation verbale ayant gauchi au fil du temps tous les aspects de la communication à autrui, c'est au sein du groupe et par ce groupe que chacun de nos patients a pu expérimenter le changement qui leur permettra progressivement de communiquer. Nous avons donc mis l'accent sur les habiletés sociales de la communication, en essayant de varier les comportements de communication non verbaux et les positions de réciprocité (alternativement locuteur et interlocuteur). Le contenu d'une séance thérapeutique de groupe pouvait s'articuler de la manière suivante :

##### **➤ Apprendre à se connaître les uns les autres (**habileté affective**)**

Nous avons fait un jeu de présentation de soi croisée deux à deux « *Deux ou trois choses que j'ai envie de dire de moi* » : le voisin avec qui nous avons échangé devait nous présenter aux autres membres du groupe.



- Accroître la cohésion du groupe (**habileté cognitive**)

Nous avons établi ensemble un règlement intérieur qui stipulait une assiduité, une participation active des membres du groupe et une appellation par nos prénoms.

- Sentir et prendre le temps de se sentir : exercices de souffle et de détente

Il s'agissait de vivre ensemble une expérience sensorielle, de créer un espace privilégié de silence et de se déconnecter du tumulte extérieur.

- Travail autour de la fluence : le comportement pré-phonatoire

Nous avons fait des exercices de complétions de phrases en ERASM. Par exemple: « *J'aime bien ton...* », « *Quand je serai vieux (vieille), je ferai...* », « *Je pense que la télévision c'est...* ».

- Exercer le contact visuel (**habileté sociale de base**)

Ont été utilisés les jeux d'échanges de balle autour d'un champ sémantique et dans un contexte de comportement pré-phonatoire. Puis, nous avons élargi le contenu verbal à l'énonciation de prénoms de l'entourage affectif, en précisant qui était la personne nommée (**habiletés affectives**). Introduire de l'affectif a permis d'exercer la fonction émotive de la communication.

- Exercer le langage analogique

Nous avons travaillé la dimension imaginative et poétique du langage. Le jeu a consisté à écrire deux mots chacun sur un bout de papier que nous avons replié et déposé dans une corbeille. Puis, à tour de rôle, nous avons retiré une pioche et nous avons dû inventer une petite histoire dans laquelle étaient recontextualisés les mots inscrits.

- Exercer l'observation (**habileté de base**)

« Qu'est-ce qui a changé ? » : nous sommes partis d'un jeu deux par deux au cours duquel nous étions invités à deviner ce que notre partenaire avait changé dans ce qu'il donnait à montrer. Nous commençons par l'observer, puis nous nous retournions. Entre-temps, notre binôme modifiait un élément que nous devions ensuite repérer.

- Travailler sur les sentiments (**habiletés affectives**) et exercer la coopération (**habileté interactive**)

Chacun notre tour, nous devions chanter « *Au clair de la lune* » dans des registres émotionnels variés et tirés au sort, tels que la peur, la colère, la tristesse, l'angoisse, la joie... Les autres membres du groupe devaient dénommer les émotions identifiées.

Cette activité très difficile impliquait de valoriser le plus possible l'expression non verbale (**habileté de base**).

- S'essayer à de nouveaux comportements de communication

Nous avons proposé des jeux de mimes avec tirage au sort d'un métier à faire deviner. Etaient ainsi exercées les **habiletés de base** que sont l'expressivité du visage et du corps.

- Relancer l'échange, communiquer autour du thème du bégaiement (**habileté interactive**)

Nous nous sommes basés sur une vidéo qui évoquait des personnalités bègues (Gérard Depardieu, Bruce Willis, Marilyn Monroe, Einstein...) et qui reprenait une interview de la présidente de l'antenne locale de l'APB, sur Alsace 20.

Le film « *Le Discours d'un Roi* » a servi également de support aux interactions verbales.

➤ Travailler l'écoute (**habileté de base**)

Les membres du groupe ont été invités à écouter notre compte-rendu de l'intervention strasbourgeoise de la spécialiste du bégaiement et présidente de l'APB, Anne-Marie Simon.

➤ Clôturer en chansons

Cette séquence finale permet aux personnes bègues d'expérimenter le plaisir de leur propre voix, qui n'est plus seulement envisagée comme le support d'un outil d'expression verbale défaillant. En effet, le bégaiement disparaît lors du chant, car celui-ci se prête mal aux accidents de parole : le soutien mélodique avec des voyelles plus présentes, le ralentissement du débit, l'accentuation de l'intonation, amènent une régulation qui supprime le trouble. De plus, chanter n'est pas un acte interactif.

Nos patients étaient très à l'aise dans cet exercice, et pouvaient faire des suggestions (**habiletés cognitives**) quant au choix du répertoire, la seule condition étant que la chanson soit connue de tous.

## **B. Regard clinique sur le parcours thérapeutique des patients**

Nous tenterons, dans cette rubrique, d'analyser le cheminement thérapeutique de chacun de nos patients.

### **1. Le cheminement thérapeutique de Monsieur R.**

« *Etre plus au centre des discussions, plus participatif* » lors des prises de parole dans un entourage connu et intime, tel était le souhait exprimé par Monsieur R. à sa première consultation.

Contrairement à Madame B., Monsieur R. donnait à montrer de sa personne l'image de quelqu'un sûr de lui qui avait tendance à minimiser son trouble. Au sein du cabinet, il occupait tout l'espace de communication, se «vautrant» sur sa chaise et scrutant son interlocuteur. Les expressions de son visage étaient plutôt indéchiffrables et Monsieur R. donnait l'impression d'être en perpétuelle représentation. Un regard extérieur aurait pu mettre son attitude sur le compte d'une arrogance exacerbée par un physique avantageux et un beau cursus universitaire. Pourtant, c'est ce même patient qui, déstabilisé par notre présence non attendue à un endroit non habituel (devant la porte du cabinet et non à l'intérieur du cabinet !), était capable de bifurquer brusquement sans nous saluer pour se réfugier vers les ascenseurs...et ne revenir que deux minutes plus tard, l'air de rien, accompagné de la thérapeute.

Les habiletés de bases de Monsieur R. étaient plus déficitaires que chez Madame B. : de manière récurrente, le patient associait à ses affalements, des bâillements non retenus. Grâce un travail de mimétisme corporel, l'orthophoniste a obtenu une amélioration de ces attitudes socialement inadaptées.

Régulièrement présent pendant les quatre premiers mois de son suivi orthophonique, Monsieur R. s'est plié avec succès aux exercices de contact oculaire et de gestique. Il a très vite été à l'aise avec l'ERASM et a appris à anticiper les blocages grâce aux outils de détente acquis en séances. Le patient a également constaté une amélioration de sa fluidité avec une diminution des tensions dans son larynx. Par contre, Monsieur R. n'a jamais communiqué le « questionnaire bégaiement » à ses proches, ni même à des inconnus.

Au bout de quatre mois, le patient a arrêté son suivi individuel. Peut-être s'était-il approprié en silence tous les outils dont il estimait avoir besoin. En revanche, il a volontiers

accepté de participer par la suite au groupe thérapeutique. Le patient a pris un plaisir non dissimulé à participer aux activités du groupe. Il y a brillé en tant qu'acteur dans les exercices de mimes et des émotions (cf « *Au clair de la lune* »), mobilisant ainsi ses habiletés expressives. Cependant, l'écoute était parfois défaillante et il pouvait regarder sa montre pendant l'intervention orale d'un tiers. Son comportement a également été inadéquat pendant le jeu « Qu'est-ce qui a changé ? », au cours duquel le patient a déboutonné son jean, nous laissant explicitement entrevoir avec un grand sourire son caleçon !

Michel Paperman<sup>83</sup> écrit que la honte fonctionne en spirale, poussant le sujet soit vers le bas (égo brisé, faille narcissique, forme dans la soumission), soit vers le haut avec la présence d'un égo surdimensionné, d'un excès narcissique, une forme réactionnelle et défensive, dans la domination. Le patient relèverait-il du deuxième aspect de cette alternative de la honte ?

Nous avons noté un progrès s'agissant des habiletés interactives qui lui faisaient défaut et qu'il souhaitait acquérir. Monsieur R. a su relancer l'interaction autour du film « *Le discours d'un Roi* ». Il s'est aussi révélé un interlocuteur actif lors d'un échange informel qui a précédé le début de la deuxième et dernière séance du groupe thérapeutique.

## 2. Le cheminement thérapeutique de Madame B. : vers une audibilité de son bégaiement

Lorsqu'elle a débuté son suivi orthophonique, Madame B. était une patiente submergée par une grande anxiété qui l'avait auparavant conduite à consommer des anxiolytiques. Dix mois après sa première consultation, la communication en groupe lui occasionnait encore des difficultés, mais l'anxiété ressentie lors des situations-problèmes qualifiées de moyennement problématiques avait diminué. Elle s'y décrivait moins nerveuse : sa voix avait baissé en intensité et ses mouvements de nervosité étaient plus atténués.

Les entretiens professionnels avaient connu une grande amélioration. Au cours de ces échanges professionnels, elle estimait avoir une communication claire, assurée et être présente, donc dans l'affirmation d'elle-même. Le lien avec ses pensées y était préservé et la patiente se jugeait sereine et calme. Elle se sentait suffisamment en confiance pour se centrer sur son interlocuteur. Elle évaluait son comportement comme étant satisfaisant dans cette situation auparavant compliquée pour elle.

La patiente a régulièrement suivi sa remédiation orthophonique les six premiers mois. Puis, son assiduité s'est progressivement relâchée pour devenir épisodique les quatre derniers mois. Cependant, quand elle était présente, nous la sentions investie, combattive et désireuse de remplir ses « contrats ». Elle mettait à profit les acquis de ses séances orthophoniques, tel le centrage personnel, et savait s'analyser en tant que communicante dans chaque situation d'interaction sociale, difficile ou non. Les liens de proximité, professionnels et affectifs, étaient ceux qui généraient encore le plus de tensions chez Madame B., créant une émotion qu'elle avait du mal à gérer. Cette difficulté à se dire se retrouvait aussi au sein de son couple où le conjoint était tenu dans l'ignorance du trouble dont elle souffrait. Dans ces contextes de faillibilité d'affirmation de soi, avoir réussi à soumettre le « questionnaire bégaiement » à sa meilleure amie a représenté pour la patiente une indéniable petite victoire sur la peur de s'affirmer.

Dans le cadre du groupe thérapeutique, nous avons constaté de sa part une forme de réserve, de timidité. Madame B. se prêtait volontiers aux exercices et était compétente dans ceux mettant en jeu les habiletés de base, mais quand des habiletés affectives ou interactives étaient sollicitées nous la sentions un peu démunie. Ainsi, lors du jeu de présentation de soi

---

<sup>83</sup> Association Parole Bégaiement, Vincent, E. (coord.), (2009), *op. cit.*, p.207.

croisée deux à deux, il était intéressant de relever que le portrait qu'elle faisait de son binôme ne se limitait qu'à une sphère plutôt sommaire (hobbies et profession) qui excluait le domaine de la famille et de l'intime. De même, quand les patients ont été invités à réagir après la diffusion d'un reportage évoquant des célébrités bègues, elle n'a pas pris la parole et s'est mise en retrait.

Un an après le début de sa prise en charge, le progrès thérapeutique de Madame B. s'est incarné dans un bégaiement devenu audible. La patiente a expliqué avoir de plus en plus de moments où son trouble était très perceptible : les symptômes s'étaient donc libérés du verrou de son métacontrôle, ébréchant le masque.

Moins d'un mois après l'audibilité de son bégaiement, la patiente a délaissé sa rééducation, annulant ou remettant à plus tard des rendez-vous qu'elle n'honorait finalement pas. Nous ne pouvons aucunement préjuger des raisons de son attitude et, dans l'impossibilité de pouvoir joindre la patiente, nous n'avons malheureusement pas pu recueillir son ressenti quant à cette nouvelle étape d'un bégaiement devenu apparent.

## DISCUSSION

Notre avons constaté dans notre partie pratique que la prise en charge orthophonique d'un bégaiement masqué supposait une déconstruction de la triade négative pensées-émotions-comportements. Comme dans la prise en charge des bégaiements installés dits « classiques », le bégaiement masqué implique la mise en place d'un traitement bifocal, rééducatif et psychothérapeutique où les deux actions peuvent se potentialiser. Pour détricoter le « Vivre bègue », l'orthophoniste dispose de deux types de moyens : des outils orthophoniques rééducatifs et des outils issus du champ de la psychothérapie (l'approche comportementale et cognitive, la scénothérapie,...).

Puisque la thérapie orthophonique se doit de s'attaquer au délitement du soubassement particulièrement dense de nos sujets bègues masqués, ces derniers doivent accepter une approche globale de leur trouble, s'impliquer pour identifier, comprendre, s'entraîner afin de modifier en profondeur leur façon de penser et de se comporter.

Comme l'affirme Léna Rustin, « *il faut maîtriser l'invisible pour réussir l'apparent* ». Le rôle de l'orthophoniste est donc de faire prendre conscience aux patients que la forme de leur parole est en étroite dépendance avec les éléments de la partie immergée de leur iceberg, et qu'aucun progrès de fluence ne sera stable s'il n'évolue pas au regard des éléments relevés dans cette partie basse. De même, procéder à la remédiation du « Paraître bègue » aura un impact sur la partie basse de leur iceberg avec laquelle cette partie haute est en interaction : une amélioration de la parole permet de mieux écouter et d'être davantage au contact de sa propre pensée, les patients se sentant plus sécurisés. S'agissant de Madame B., entendre ses bégayages était non seulement le signe que la partie immergée de son iceberg-bégaiement masqué perdait en densité pour révéler une pensée qui s'exprime, mais cela aurait été aussi le moyen pour l'orthophoniste de pouvoir prendre en charge l'apparent afin de traiter l'invisible (si la patiente avait continué son suivi).

Il est primordial de bien garder à l'esprit que les manières d'être d'un sujet bègue masqué ne sont pas des entités pathologiques, mais des attitudes défensives à ce trouble qui l'envahit. Sans cela, des troubles qui relèvent de l'orthophonie pourraient être faussement diagnostiqués comme relevant du champ psychothérapeutique. Si nous devons nous interroger sur une orientation des patients vers une consultation psychologique ou psychiatrique, ce serait en raison de difficultés relationnelles dont nous penserions que le bégaiement n'est pas la source, mais l'écran et l'amplificateur. Ou encore lorsque des états anxieux et dépressifs consécutifs à des difficultés répétées d'adaptations sociales ou sentimentales la justifient. Dans le cas contraire, nous contribuerions à dramatiser une situation et nous prendrions le risque de retrancher les patients derrière l'enceinte de leur masque.

Il existe non pas un mais des bégaiements masqués. Si une trame thérapeutique existe, elle ne saurait donc être univoque et transposable *in extenso* à chaque cas : la remédiation orthophonique est une approche singulière en étroit ajustement avec le vécu passé et présent de chaque patient. Un accordage thérapeutique est la condition « *Sine Qua Non* » pour un accompagnement vers une amélioration. La mise en place de contrats élaborés en commun, dont chaque étape franchie constitue une petite victoire, rend les patients plus enclins et motivés à poursuivre le long chemin de déconstruction du masque.

Changer est toujours très compliqué pour tout être humain. En faisant la démarche de venir consulter un orthophoniste, les personnes bègues masquées (qui ont tant à « perdre ») amorcent déjà un grand virage dans leur « mue ». Le thérapeute devra redoubler de vigilance, instaurer un climat de confiance et de sécurité pour accompagner le franchissement de l'étape supplémentaire de leur changement, à savoir l'expérimentation des différents acquis du suivi orthophonique. Traiter le bégaiement masqué suppose certainement, en plus d'une grande expérience, un savoir-être bien ancré pour aborder au mieux sa complexité. Le thérapeute doit donc veiller à être au clair avec ses propres représentations et attitudes pendant la prise en charge : plus il aura une vue limpide de lui-même, plus il pourra répondre de façon constructive aux besoins des patients.

Ces savoir-faire et savoir-être sont particulièrement fondamentaux au moment du diagnostic, sinon nous risquons de passer à côté de personnes en grande souffrance. Ecouter la parole du patient qui nous dit être bègue est l'élément déterminant qui permet de repérer l'existence d'un bégaiement quand aucun signe visible et audible ne le signe. Etre informés qu'un bégaiement peut se manifester sous une forme masquée permet également de poser un diagnostic juste.

Etre à l'écoute de l'histoire du patient peut aussi se révéler indispensable pour débusquer le trouble. A ce sujet, le cas de Madame B. est très parlant. Petite, son bégaiement n'a pas été identifié. Sans doute avait-il pris une manifestation plus corporelle qu'audible ou bien s'était-il masqué très rapidement. Si la patiente était consciente de mettre en place des stratégies, elle ne savait pas quel était le facteur explicatif de ses attitudes...ce qui a pu s'avérer particulièrement angoissant. C'est grâce à une écoute attentive du vécu et du récit de l'enfance de la patiente que l'orthophoniste a pu repérer le bégaiement, et le nommer.

## CONCLUSION

La difficulté à lever le masque de la terminologie « bégaiement masqué » réside principalement dans notre représentation monolithique de la pathologie du bégaiement. Nous devons comprendre que dans la « galaxie bégaiement », il existe une variété de planètes dont le bégaiement masqué est une des entités. Sur cette planète, nous pouvons explorer autant de contrées riches et diverses qu'il y a d'individus qui les peuplent.

Si nous acceptons de recadrer nos croyances pour prospecter plus en profondeur ce trouble, nous comprendrons que ce concept, a priori paradoxal, illustre parfaitement ce stade ultime du bégaiement qu'est le bégaiement masqué.

En tant qu'orthophonistes, il est d'autant plus nécessaire que nous prenions ce trouble en charge que nous avons affaire à une parole qui est fabriquée. Notre rôle est d'accompagner les patients bègues masqués sur le long chemin d'un réapprentissage d'une expression verbale déconditionnée de stratégies. Si nous savons traiter les bégaiements apparents, nous saurons aborder la complexe remédiation thérapeutique du bégaiement masqué. En effet, nous avons déjà à notre disposition une « boîte à outils » pour déconstruire brique par brique l'aspect multidimensionnel du masque, pour peu que nous en ayons saisi le mécanisme de fabrication.

Ce trouble, longtemps nié par les professionnels de santé, reste encore très méconnu. Communiquer sur ce sujet est la clé qui permettra de faire sauter des verrous d'incompréhension, et qui évitera de renvoyer des personnes souffrantes en déshérence thérapeutique. Savoir identifier ce bégaiement pourrait également avoir une portée plus large : en effet, des orthophonistes qui suivraient des enfants ou des adolescents bègues « apparents » seraient plus vigilants et aptes, une fois les bégayages disparus, à ne pas confondre une sortie du trouble avec son aggravation masquée.

## TABLE DES MATIERES

|                                                                                         |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Remerciements.....</b>                                                               | <b>p.3</b>  |
| <b>Sommaire.....</b>                                                                    | <b>p.4</b>  |
| <b>Introduction.....</b>                                                                | <b>p.6</b>  |
| <b>PARTIE THEORIQUE.....</b>                                                            | <b>p.7</b>  |
| <b>CHAPITRE 1</b>                                                                       |             |
| <b>Le bégaiement : terminologie, étiologie, représentation métaphorique.....</b>        | <b>p.8</b>  |
| <b>I. Terminologie.....</b>                                                             | <b>p.8</b>  |
| A. Bégaiement et classifications internationales : une approche plus symptomatique..... | p.8         |
| 1. Le bégaiement dans le CIM, version 10.....                                           | p.8         |
| 2. Le bégaiement dans le DSM IV-TR.....                                                 | p.9         |
| B. Bégaiement et littérature médicale : une approche plus globale.....                  | p.9         |
| 1. Définition du bégaiement d'après le phoniatre F. Le Huche.....                       | p.9         |
| 2. Définition du bégaiement d'après la phoniatre M-C. Montfrais- Pfauwadel.....         | p.10        |
| C. Le bégaiement : un trouble de la communication qui affecte la parole.....            | p.10        |
| 1. La communication : une co-construction.....                                          | p.10        |
| 2. Le bégaiement : une communication où la construction est solitaire.....              | p.11        |
| <b>II. Etiologie du bégaiement : une origine polyfactorielle.....</b>                   | <b>p.12</b> |
| A. Les facteurs prédisposants.....                                                      | p.12        |
| 1. Un terrain familial.....                                                             | p.12        |
| 2. Un écart entre le désir de dire et la capacité à dire.....                           | p.12        |
| 3. Une certaine personnalité.....                                                       | p.12        |
| B. Les facteurs précipitants.....                                                       | p.12        |
| C. Les facteurs pérennisants.....                                                       | p.13        |
| <b>III. Une représentation métaphorique du bégaiement installé : l'iceberg.....</b>     | <b>p.13</b> |
| <b>CHAPITRE 2</b>                                                                       |             |
| <b>Comment lever le masque de la notion « bégaiement masqué » ?.....</b>                | <b>p.15</b> |
| <b>I. Les bégaiements fluents dans l'histoire de la littérature médicale.....</b>       | <b>p.15</b> |
| A. Le cryptobégaiement.....                                                             | p.15        |
| B. Le bégaiement fluent et la classification du Dr Schwartz.....                        | p.16        |



|                                                          |             |
|----------------------------------------------------------|-------------|
| <b>II. Comment définir le bégaiement masqué ?.....</b>   | <b>p.17</b> |
| A. «Masqué» : un adjectif qui prête à confusion.....     | p.17        |
| B. La clarification proposée par Mark Irwin.....         | p.18        |
| C. La représentation de l'iceberg-bégaiement masqué..... | p.19        |

### **CHAPITRE 3**

|                                                                                                                |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Les paramètres du masque : les attitudes réactionnelles handicapantes et la construction du masque.....</b> | <b>p.20</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|

|                                                                                                |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>I. Les attitudes réactionnelles handicapantes : la triade penser, ressentir, faire.....</b> | <b>p.21</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|

|                                                                              |      |
|------------------------------------------------------------------------------|------|
| A. Penser.....                                                               | p.21 |
| 1. Que sont les cognitions ?.....                                            | p.21 |
| 2. Les pensées (cognitions) irrationnelles.....                              | p.21 |
| a) Les distorsions cognitives chez les personnes bègues « à découvert »..... | p.22 |
| b) Les distorsions cognitives chez les personnes bègues masquées.....        | p.23 |
| B. Ressentir .....                                                           | p.24 |
| 1. Les émotions négatives.....                                               | p.24 |
| 2. Les sentiments négatifs de la personne bègue masquée.....                 | p.25 |
| a) Premier axe : peur et anxiété verbale anticipatrice.....                  | p.25 |
| b) Deuxième axe : le continuum gêne, honte, culpabilité, déni.....           | p.26 |
| C. Faire : les comportements des personnes bègues masquées.....              | p.29 |
| 1. Quelles sont les stratégies de masquage élaborées ?.....                  | p.29 |
| a) Les procédés verbaux.....                                                 | p.29 |
| b) Les procédés comportementaux.....                                         | p.32 |
| 2. Le gauchissement des habiletés sociales de communication.....             | p.32 |
| 3. La perte du comportement tranquillisateur.....                            | p.33 |

|                                                                                 |             |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>II. Le substrat du masque et le processus de construction du masque.....</b> | <b>p.33</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------|

|                                                                                  |      |
|----------------------------------------------------------------------------------|------|
| A. Le substrat du masque : la fragilité de l'estime de soi.....                  | p.33 |
| B. La fabrication du masque : un cercle vicieux.....                             | p.34 |
| 1. La construction du masque : une réaction en chaîne.....                       | p.34 |
| 2. La construction du masque : l'aboutissement d'un conditionnement opérant..... | p.36 |

### **CHAPITRE 4**

|                                                               |             |
|---------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Le bégaiement masqué : le masque de la sévérité ?.....</b> | <b>p.37</b> |
|---------------------------------------------------------------|-------------|

|                                                                                                  |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>I. Hypothèses de sévérité d'après des arguments issus de la littérature scientifique.....</b> | <b>p.37</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|

|                                                                                  |      |
|----------------------------------------------------------------------------------|------|
| A. Hypothèse de sévérité en fonction des données génétiques.....                 | p.37 |
| B. Le bégaiement masqué selon les critères de sévérité du Dr Schwartz.....       | p.38 |
| C. Critère de sévérité selon le coût associé à l'invisibilité d'un stigmaté..... | p.38 |

|                                                                   |             |
|-------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>II. Quid d'une éventuelle comorbidité psychiatrique ?.....</b> | <b>p.40</b> |
|-------------------------------------------------------------------|-------------|

|                                                                                  |             |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>III. Illustration de la sévérité du masque : le témoignage de Cédric.....</b> | <b>p.41</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------|

**PARTIE PRATIQUE..... p.44**

**CHAPITRE 1**

|                                                     |             |
|-----------------------------------------------------|-------------|
| <b>Problématique, hypothèses, méthodologie.....</b> | <b>p.45</b> |
|-----------------------------------------------------|-------------|

|                              |             |
|------------------------------|-------------|
| <b>I. Problématique.....</b> | <b>p.45</b> |
|------------------------------|-------------|

|                            |             |
|----------------------------|-------------|
| <b>II. Hypothèses.....</b> | <b>p.45</b> |
|----------------------------|-------------|

|                               |             |
|-------------------------------|-------------|
| <b>III. Méthodologie.....</b> | <b>p.46</b> |
|-------------------------------|-------------|

**CHAPITRE 2**

|                                       |             |
|---------------------------------------|-------------|
| <b>Analyse des études de cas.....</b> | <b>p.47</b> |
|---------------------------------------|-------------|

|                                                                                |             |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>I. Des patients disparates dans la symptomatologie de leur trouble.....</b> | <b>p.47</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|

|                                                                  |             |
|------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>A. Présentation des patients : plaintes et anamnèses.....</b> | <b>p.47</b> |
|------------------------------------------------------------------|-------------|

|                                     |             |
|-------------------------------------|-------------|
| <b>1. La patiente Madame B.....</b> | <b>p.47</b> |
|-------------------------------------|-------------|

|                         |             |
|-------------------------|-------------|
| <b>a) Plaintes.....</b> | <b>p.47</b> |
|-------------------------|-------------|

|                         |             |
|-------------------------|-------------|
| <b>b) Anamnèse.....</b> | <b>p.47</b> |
|-------------------------|-------------|

|                                      |             |
|--------------------------------------|-------------|
| <b>2. Le patient Monsieur R.....</b> | <b>p.47</b> |
|--------------------------------------|-------------|

|                         |             |
|-------------------------|-------------|
| <b>a) Plaintes.....</b> | <b>p.47</b> |
|-------------------------|-------------|

|                         |             |
|-------------------------|-------------|
| <b>b) Anamnèse.....</b> | <b>p.48</b> |
|-------------------------|-------------|

|                                                                                             |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>B. Des patients hétérogènes dans la manifestation symptomatique de leur trouble.....</b> | <b>p.48</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|

|                                                                                            |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>1. Une patiente avec une partie émergée de l'iceberg-bégaiement réduite à rien.....</b> | <b>p.48</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|

|                                       |             |
|---------------------------------------|-------------|
| <b>a) Description du trouble.....</b> | <b>p.48</b> |
|---------------------------------------|-------------|

|                                                                 |             |
|-----------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>b) Le bégaiement vu par le patient et son entourage.....</b> | <b>p.48</b> |
|-----------------------------------------------------------------|-------------|

|                            |             |
|----------------------------|-------------|
| <b>c) Exploration.....</b> | <b>p.49</b> |
|----------------------------|-------------|

|                                            |             |
|--------------------------------------------|-------------|
| <b>d) Qualité de la communication.....</b> | <b>p.49</b> |
|--------------------------------------------|-------------|

|                                                                          |             |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>e) Représentation de l'iceberg-bégaiement masqué de Madame B.....</b> | <b>p.49</b> |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------|

|                                                                                         |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>2. Un patient avec une partie de l'iceberg-bégaiement réduit à presque rien.....</b> | <b>p.50</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|

|                                       |             |
|---------------------------------------|-------------|
| <b>a) Description du trouble.....</b> | <b>p.50</b> |
|---------------------------------------|-------------|

|                                                              |             |
|--------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>b) Le patient vu par le patient et son entourage.....</b> | <b>p.50</b> |
|--------------------------------------------------------------|-------------|

|                            |             |
|----------------------------|-------------|
| <b>c) Exploration.....</b> | <b>p.50</b> |
|----------------------------|-------------|

|                                            |             |
|--------------------------------------------|-------------|
| <b>d) Qualité de la communication.....</b> | <b>p.51</b> |
|--------------------------------------------|-------------|

|                                                                            |             |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>e) Représentation de l'iceberg-bégaiement masqué de Monsieur R.....</b> | <b>p.51</b> |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------|

|                                                                                        |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>C. Diagnostics orthophoniques posés et mécanismes de contrôle des patients.....</b> | <b>p.52</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|

|                                                                                                   |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>1. Diagnostic orthophonique et mécanisme de contrôle du bégaiement masqué de Madame B.....</b> | <b>p.52</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|

|                           |             |
|---------------------------|-------------|
| <b>a) Diagnostic.....</b> | <b>p.52</b> |
|---------------------------|-------------|

|                                      |             |
|--------------------------------------|-------------|
| <b>b) Mécanisme de contrôle.....</b> | <b>p.52</b> |
|--------------------------------------|-------------|

|                                                                                                     |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>2. Diagnostic orthophonique et mécanisme de contrôle du bégaiement masqué de Monsieur R.....</b> | <b>p.54</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|

|                           |             |
|---------------------------|-------------|
| <b>a) Diagnostic.....</b> | <b>p.54</b> |
|---------------------------|-------------|

|                                      |             |
|--------------------------------------|-------------|
| <b>b) Mécanisme de contrôle.....</b> | <b>p.54</b> |
|--------------------------------------|-------------|

|                                                                                         |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>II. Un projet de démasquage thérapeutique différencié.....</b>                       | <b>p.55</b> |
| A. Le démasquage des cognitions et émotions négatives de Madame B.....                  | p.55        |
| 1. La levée de la composante cognitions irrationnelles du masque.....                   | p.55        |
| a) Le recadrage des cognitions irrationnelles.....                                      | p.55        |
| b) Le travail de fluidité de la pensée : pareil/pas pareil.....                         | p.55        |
| 2. Priorité sur la levée des entrées émotionnelles du masque.....                       | p.56        |
| a) La notion de « contrat » et d'exposition : pour un transfert dans la vie             |             |
| quotidienne.....                                                                        | p.56        |
| b) La scénothérapie.....                                                                | p.58        |
| c) Le travail thérapeutique de l'affirmation de soi.....                                | p.59        |
| B. Une approche kinesthésique du démasquage de Monsieur R.....                          | p.60        |
| 1. L' ERASM.....                                                                        | p.60        |
| 2. Le RED (Rêve Eveillé Dirigé).....                                                    | p.61        |
| <b>III. Approches communes du démasquage thérapeutique.....</b>                         | <b>p.61</b> |
| A. La prise en charge de la triade négative cognitions-émotions-comportements.....      | p.62        |
| B. Le travail d'entraînement aux habiletés sociales de base.....                        | p.62        |
| 1. Apprivoisement du contact visuel.....                                                | p.62        |
| 2. Exercices gestiques.....                                                             | p.62        |
| 3. Exercices oculaires et gestiques avec verbalisations.....                            | p.63        |
| C. Le travail thérapeutique de la levée du tabou.....                                   | p.63        |
| D. Travail autour de l'OREV, de la communication.....                                   | p.64        |
| <b>IV. Des avancées thérapeutiques.....</b>                                             | <b>p.65</b> |
| A. Le groupe thérapeutique : objectifs et déroulé de séances.....                       | p.65        |
| 1. Objectifs du groupe thérapeutique.....                                               | p.65        |
| 2. Déroulé de séances.....                                                              | p.65        |
| B. Regard clinique sur l'évolution thérapeutique des patients.....                      | p.67        |
| 1. Le cheminement thérapeutique de Monsieur R.....                                      | p.67        |
| 2. Le cheminement thérapeutique de Madame B. : vers une audibilité de son bégaiement... | p.68        |
| <b>Discussion.....</b>                                                                  | <b>p.70</b> |
| <b>Conclusion.....</b>                                                                  | <b>p.72</b> |
| <b>Table des matières.....</b>                                                          | <b>p.73</b> |
| <b>Bibliographie.....</b>                                                               | <b>p.77</b> |

## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages de référence :

Association Parole Bégaiement, Vincent, E. (coord.), (2009). « *Image de soi, regard de l'autre* » chez le sujet bègue. Paris : l'Harmattan.

Bonin, P. (2003). *La production verbale des mots*. Bruxelles : De Boeck.

Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., Masy, V. (2004). *Dictionnaire d'Orthophonie*. Isbergues : Ortho Edition.

Cyrułnick, B. (2010). *Mourir de dire : La honte*. Paris : Odile Jacob.

De Chasse, J., Brignone, S. (2003). *Thérapie comportementale et cognitive, coll Bégaiement, pratiques thérapeutiques*. Isbergues : Ortho Edition.

Gayraud-Andel, M., Poulat M-P. (2011). *Le bégaiement : comment le surmonter*. Paris : Odile Jacob.

Harrison, J.C. (2011). Redéfinir le bégaiement : la vraie nature du combat pour s'exprimer. In M., Irwin, *Définir le bégaiement selon la perspective du locuteur* (pp. 420-428). San Francisco : Words that Work.

Le Huche, F., (1999). *Le bégaiement option guérison*. Paris : Albin Michel.

Montfrais-Pfauwadel, M-C. (2000). *Un manuel du bégaiement*. Paris : Solal.

Philippot, P. (2007). *Emotion et psychothérapie*. Wavre : Mardaga.

Piérart, B. (dir.), (2011). *Les bégaiements de l'adulte*. Wavre ( Belgique) : Mardaga.

Schwartz, M. F. (1991). *Stutter no more*. Ed. Simon and Schuster.

Sheehan, J. G. (1970). *Stuttering : Research and Therapy*. New York : Harper and Row.

Van Hout, A., Estienne, F. (2002). *Les bégaiements : Histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements*. Paris : Masson.

Vincent, E. (2004). *Le bégaiement : la parole désorchestrée*. Toulouse : Milan.

### **Articles de revues :**

Gregory, C. B. (trad. A-M. Simon), (1993). Idées irrationnelles chez la personne bègue. *Glossa*, 33, 16-19.

Irwin, M. (2009). Le syndrome de la parole bégayée : plaider pour une nouvelle définition. *Ortho magazine*, 80, 20-24.

Le Huche, S. (1993). Quatre risques de fracture dans la parole du sujet bègue : réponses possibles de la scénothérapie. *Glossa*, 33, 28-35.

Simon, A-M. (1993). Attitudes communicatives gauchies chez le sujet bègue : approche thérapeutiques pour un changement. *Glossa*, 33, 8-15.

Simon, A-M. (2005). Bégaiement = trouble de la communication où il n'est pas possible de séparer la partie haute et la partie basse de l'iceberg-bégaiement. *L'Orthophoniste*, 251, 19-25.

Simon, A-M. (2005). Bégaiement = trouble de la communication où il n'est pas possible de séparer la partie haute et la partie basse de l'iceberg-bégaiement. *L'Orthophoniste*, 252, 19-25.

Simon, A-M. (2011). Bégaiement : ERASM et autres techniques rééducatives (1/2). *L'Orthophoniste*, 310, 19-26.

### **Mémoires :**

Bresson, A. (2009). *Bégaiement et troubles de l'évocation : quels mécanismes ?* Mémoire présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie de l'Université de Strasbourg.

De Cordoue, H., Etcheverry, J. (2010). *Les bégaiements intériorisés : une parole sous contrôle*. Mémoire présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie de l'Université de Nantes.

**Sites internet :**

Alexandre, <http://goodbye-begaiement.blogspot.fr/2010/01/begaiement-masque-le-grand-secret.html>

Cédric, <http://www.paperblog.fr/5104772/begaiement-masqué-pour-vivre-heureux-bégayons-caches/>

Irwin, M., <http://stutteredspeechsyndrome.com>