

Il s'agit ici d'une intervention préventive auprès d'enfants dits à risque de devenir bègue pour la majorité d'entre eux, quelques autres pouvant déjà, malgré leur jeune âge, être considérés comme bègues.

Ce qui veut dire que je m'adresse à la classe d'âge des 3 ans (et même parfois 2 1/2) à 5 ans ; Seront successivement abordés :

- les raisons d'une telle intervention précoce
- comment reconnaître les signes d'un bégaiement qui s'installe
- comment comprendre la difficulté avec laquelle l'enfant commence à se battre
- les premiers entretiens avec les parents
- l'examen de l'enfant
- de la thérapie elle-même, avec les parents et l'enfant, telle que je la pratique dans le cadre de son exercice en libéral.

** Communication présentée aux XVII^e Journées d'Orthophonie-Phoniatry de la Timone à Marseille en 1990*

Anne-Marie SIMON
Orthophoniste
4, rue C. Vallet
92340 Bourg la Reine
Attachée au Groupe de
Recherche sur le langage
et les handicaps de la
communication - INSERM-
Hôpital de la Salpêtrière
75013 Paris

INTERVENTION PRECOCE CHEZ DES ENFANTS A RISQUE OU DEJA BEGUES*

par Anne-Marie Simon

Les fondements d'une telle intervention :

Jusqu'à très récemment l'opinion courante aussi bien dans le milieu des médecins que dans celui des orthophonistes était que le mieux était de ne pas intervenir lorsque l'enfant présentait un trouble du débit ; pour les enfants de maternelle mais aussi parfois d'âge scolaire, attendre était la réponse des pédiatres consultés, même lorsque des signes de trouble aussi évidents que des répétitions de parties de mots, des tremblements des lèvres ou des attitudes de repli étaient remarqués par les parents : « Ça passera tout seul, il ou elle est trop jeune, ne vous inquiétez pas, attendez ! » Cette attitude a aussi prévalu aux Etats-Unis jusqu'en 1980. A lire les notes toutes récentes d'un Interne en psychiatrie à Paris, il semble bien que cette opinion soit encore l'opinion dominante puisqu'il y est enseigné d'intervenir à partir de 5 ans seulement ; d'ailleurs la Sécurité Sociale n'accorde de prises en charge précoces que depuis peu de temps. Récemment, dans le numéro de Novembre 1989 du Monde de l'Education, M.C. Pfauwadel relevait cette réaction des médecins comme étant encore la plus habituelle ;

Les raisons d'une telle attitude sont probablement multiples :

- en France, la littérature consacrée à ce sujet est très peu abondante et ce sont essentiellement les articles anglais et américains qui peuvent alimenter notre réflexion et notre recherche, et éventuellement changer nos opinions et notre pratique ;

- ces travaux américains montrent qu'environ sur 4 enfants qui bégaièrent, 3 d'entre eux à l'adolescence ne présenteront plus ce trouble ; serait-ce une raison valable de ne pas intervenir ? car on sait par contre que le 4^{ème} sera devenu un bègue chronique ; s'il existe des listes de prédiction de la chronicité probable d'un bégaiement, je crois que personne actuellement ne peut répondre à ce problème de façon satisfaisante, en particulier en raison des aspects tellement divers du bégaiement et surtout parce que personne ne connaît son étiologie :

- si l'on conseille aux parents d'attendre quand leur enfant est disfluent, c'est que les

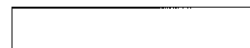
disfluences du jeune enfant sont « normales » ; tout jeune enfant en pleine période d'acquisition du langage présente dans sa parole des accidents, que l'on peut accepter comme normaux jusqu'à un certain point ; en France on appelle cela « bégaiement physiologique », ce qui me semble un terme à bannir ; car le bégaiement est pathologique, ou bien il ne s'agit que de disfluence ; il a été démontré * en 1982 qu'à 2 ans les enfants américains observés n'avaient pas plus de disfluences que les adultes pour 1/3 d'entre eux ; un autre tiers était un peu plus disfluent que l'adulte, et le dernier tiers se montrait franchement disfluent ; nous voyons en consultation des enfants de plus en plus jeunes et il apparaît maintenant difficile, au regard des données dont je viens de parler, de considérer la disfluence d'un jeune enfant comme tout à fait normale, elle ne le sera statistiquement que 3 fois sur 4 et surtout, j'y reviendrai, il existe d'autres éléments qui permettent de juger si l'inquiétude des parents est justifiée.

- **des remarques** telles que celles qui suivent sont éclairantes aussi : une orthophoniste à qui je parlais de cette intervention précoce nécessaire m'a répondu dernièrement : « au bégaiement, on ne peut rien, c'est psychologique » ; à Strasbourg en octobre dernier, lors du Congrès de la FNO, un orateur allemand a lancé cette phrase aux orthophonistes : « si vous ne soignez pas les bègues, c'est que vous en avez peur ! ». Ces remarques sont probablement en partie fondées, mais ne serait-il pas plus utile de dire que la composante émotionnelle de ce trouble l'a fait souvent répertorier dans les problèmes psychologiques, qu'il s'agit d'un trouble extrêmement complexe qu'on peut considérer comme difficile à comprendre et à traiter ; néanmoins les orthophonistes « sont à bien des égards les mieux formés pour répondre à une demande d'aide polyvalente chez le tout-petit, et surtout une aide qui va orienter la relation vers le langage »*

* Yairi en 1982

* Aimard

Comment reconnaître les signes d'un bégaiement qui s'installe :



Il y a trois aspects à étudier ;

- les disfluences que l'enfant produit
- son comportement phonatoire et verbal
- les réactions des parents.

1. Toute parole, adulte ou enfant, présente des disfluences, en particulier des répétitions ; mais si ces répétitions apparaissent avec une fréquence inhabituelle dans le discours, qu'il s'agisse de la répétition de parties de mots, de mots entiers ou de groupes de mots, cette fréquence est un premier élément à relever ; néanmoins Starkhaether, de l'Université de Templin ajoute les 2 traits suivants qui feront penser qu'il s'agit d'un enfant bègue :

- **ces répétitions sont nombreuses** ; en général, on admet qu'elles ne doivent pas dépasser 3 dans une parole habituelle : « pas pas pas pas pas moi » (dit Laura).

- **ce qui est répété est très court** : « n n n n n n n non » (dit Péguy).

L. Rustin comme E. Conture dans leurs rapports à la Conférence d'Oxford sur le bégaiement en 1987 soulignent particulièrement la présence de répétitions, répétitions de parties de mot ou de mots unisyllabiques, comme indicateur le plus important ;

- j'ajouterai que **l'irrégularité du rythme de la parole** me semble aussi un signe pertinent ;

2. Un autre élément important est l'apparition dans la parole de l'enfant de **tout signe de lutte et de tension** ; certains sont très évidents comme des mouvements accompagnateurs (clignement des yeux, les syncinésies du visage, ou plus encore les blocages en posture pré-phonatoire en début de mot) ; mais il en existe de plus fins tels que de fines secousses de la tête, une élévation de la hauteur tonale de la voix, ou une augmentation de l'intensité vocale, un effort expiratoire, ou un effort articulaire qui peut donner un accent germanique (par exemple Laura assourdit tous les phonèmes sonores). Il peut exister aussi ce que j'appellerais des techniques de désengagement pour décrire ce que l'enfant fait pour se sortir d'un blocage - qui peut ne pas apparaître d'ailleurs à son interlocuteur, comme des raclements de gorges ;

Nous sommes loin de la simple distinction, qui figure encore dans les notes de l'interne, entre bégaiement clonique et bégaiement tonique et des attitudes thérapeutiques qui seraient appliquées suivant qu'on se trouve face à telle ou telle forme !

A ces signes touchant la parole, il faut ajouter tous les **comportements réactionnels**

dont je parlerai plus loin, qu'il est évidemment aussi nécessaire de relever que les signes que je viens de décrire.

3. Le troisième élément est **l'inquiétude des parents** : tous les auteurs s'accordent sur la valeur de ce critère ; ce sont eux en effet qui vivent en contact avec l'enfant, peuvent le mieux observer son changement de comportement ; mais aussi comme nous le verrons dans la partie consacrée aux entretiens avec les parents, ils contribuent, par leurs réactions à la disfluente de l'enfant, à intensifier la lutte que l'enfant va engager avec sa parole ; cette inquiétude est reliée souvent aux idées que les parents se font des causes de la disfluente de leur enfant ; aussi lors de l'examen de l'enfant sera prise en considération l'histoire familiale, et en particulier la présence du bégaiement chez d'autres membres de la famille.

Comment comprendre la difficulté avec laquelle l'enfant se met à se battre :

J'évoquerai 4 domaines dans lesquels l'enfant peut se trouver en difficulté, la lutte contre ces difficultés entraînant une disfluente qui pourra, si rien n'est changé, s'organiser en bégaiement. Il s'agit :

- de la coordination motrice nécessaire à l'exécution de la parole
- des aptitudes linguistiques
- du niveau des activités cognitives
- des aptitudes et des conditions pour communiquer avec les autres.

1. **Sur le plan moteur** : Starkweather définit le bégaiement comme « ... une parole produite de façon intermittente avec un effort excessif » ; l'origine de cet effort peut avoir des sources multiples et qui se conjugent ; mais les travaux américains convergent tous pour dire que dans la parole bègue il existe une activité musculaire excessive au niveau laryngé ; (dès 1969, C. Chevré - mettait en évidence cette particularité). Or, on retient généralement que la réponse motrice des organes phonateurs de la personne bègue est plus lente que dans la parole non bègue ; la parole demande une coordination rapide, dans l'espace et dans le temps, coordination très fine et précise des muscles qui la servent ; mal équipé pour cette réalisation de la parole, l'enfant commence à faire des efforts excessifs qui vont progressivement s'appliquer aux autres muscles qui participent à la réalisation de la parole, comme la langue ou les lèvres, et s'étendre à d'autres muscles tels ceux du visage, par exemple. Cet effort apparaîtra en particulier lorsque le modèle proposé à l'enfant sera d'un débit trop rapide, ou trop tendu. Sans oublier que des chercheurs tels que Starkweather ou Zimmerman, très axés sur les problèmes moteurs du bégaiement disent eux aussi que cette coordination motrice est sous la dépendance des facteurs émotionnels, ou des pensées et sentiments négatifs.

2. **Sur le plan linguistique** : la recherche d'un mot ou la construction d'une phrase lorsque le développement linguistique de l'enfant n'est pas suffisant pour lui en permettre une élaboration aisée, peuvent aussi provoquer la disfluente : « je parlais très bien à 2 ans, m'ont dit mes parents, et à 2 ans et demi, je me suis mis à bégayer », dit M.F., 31 ans. Les parents qui parlent à l'enfant à un niveau de langage trop élaboré pour le niveau atteint par l'enfant comme avec des phrases trop longues, trop complexes, vocabulaire compliqué, mais qui ont aussi des demandes trop fortes à l'égard de l'enfant, contribuent par ce comportement langagier à installer l'enfant dans l'effort de reproduire un langage pour lequel il n'est pas prêt ; ceci peut sans doute expliquer la réticence de certains orthophonistes à prendre en charge pour une rééducation du langage un enfant disfluent, de peur de provoquer un bégaiement, car il est vrai que certains cas de bégaiement ont été relatés comme étant apparus pendant la rééducation ; probablement par une demande mal adaptée du thérapeute au niveau de développement de l'enfant ; ce qui ne justifie pas du tout de ne rien faire !!!

3. **En ce qui concerne le niveau cognitif** : il est clair que toute demande de performances à l'enfant, effort de réflexion, d'attention, de mémorisation, qui dépasse son niveau de compétence du moment provoque chez lui une tension ; je pense en particulier à certains apprentissages de type scolaire, à certaines formes de politesse exigées par les parents même à 3 ans ; j'ai été particulièrement intéressée par l'intérêt que certains auteurs ont porté à l'aptitude d'utiliser une attitude métalinguistique (cf ANDREWS) ; cette

aptitude - qui consiste à pouvoir se distancier du message que l'on est en train de transmettre pour parler de ce message lui-même, soit parler de sa forme, soit de son contenu - m'est apparu en effet très peu développée chez mes patients bègues. L'incidence plus élevée du bégaiement chez les garçons est expliquée par certains auteurs par le développement de cette aptitude plus précoce chez les filles que chez les garçons ; d'où l'importance lors de l'acquisition du langage de jouer avec les mots, de les désinvestir parfois de leur rôle éducatif, même de leur valeur communicative directe : la communication dans certaines familles n'a rapport qu'à la discipline et aux exigences d'ordre, de propreté, etc ; j'associe à ce constat qu'on dit très fréquemment que les mères d'enfants bègues sont très exigeantes... Il serait souhaitable d'étudier cet aspect métalinguistique chez les enfants français.

4. Sur le plan des facteurs jouant sur la communication : Les pressions exercées sur l'enfant peuvent venir de lui-même en réponse à la demande de l'extérieur ou peuvent venir directement de l'environnement.

a. La première pression vient de l'enfant lui-même : il a dans sa tête un certain modèle de sa parole, et voudrait que sa parole suive un certain rythme, une continuité d'avec sa pensée ; de même il voudrait pouvoir répondre - comme tout un chacun - dans un délai bref aux questions qu'on lui pose ; enfin il voudrait prendre son tour de parole ; toute cette pression temporelle qui s'exerce dans le temps va précipiter son comportement de lutte contre sa parole quand celle-ci ne se coordonne pas assez vite et ne s'organise pas bien dans le temps ;

b. Que fait l'entourage et en particulier que font les interlocuteurs habituels que sont les parents ? Quelles sont les pressions qui vont s'exercer ?

D'abord des facteurs d'ordre linguistique :

Les traits les plus souvent cités concernant le langage des parents d'enfants bègues sont les suivants :

- ils parlent plus vite à leur enfant bègue qu'aux autres enfants*.
- leur débit est souvent très rapide.
- ils formulent trop de questions à la suite.
- Les phrases sont trop longues, et donc souvent trop complexes.

* Meyers et Freeman

En 1983, Riley et Riley ont montré dans une étude sur des familles dont un des enfants était bègue que pour 53 % de ces familles les comportements qui provoquaient la disfluente de l'enfant étaient :

- conversation à un rythme trop rapide.
- pas assez de temps de silence pour que l'enfant puisse organiser sa pensée.
- interruptions de l'enfant quand il s'efforce de parler.
- se montrer pressé d'entendre la réponse de l'enfant.

H. Gregory en 1985 mentionne aussi tous ces traits du langage parental, auxquels il ajoute :

- la correction permanente des productions de l'enfant.
- les changements de sujets de conversation trop fréquents.
- ne pas répondre au contenu de ce que dit l'enfant.
- donner les mots ou terminer les phrases de l'enfant à sa place.

Ce dernier trait peut être longuement discuté* et l'indication à donner aux parents nuancée selon le comportement des parents à cet égard.

* Le Huche

Deux autres traits du langage adulte peuvent aussi être relevés :

- un environnement compétitif pour la prise du tour de parole de chacun
- un langage qui se veut éducatif pour le langage de l'enfant.

Si donc l'enfant échoue à être fluide c'est que son modèle interne mais aussi la pression exercée par le modèle et la demande linguistique de l'environnement sont trop forts pour les capacités du moment de l'enfant ; dans le cas général des enfants, le décalage qui se crée va être temporaire et léger, moteur du développement de l'enfant ; les travaux* ont montré que les mères ont cette aptitude spontanée à fournir ce modèle légèrement décalé ; mais si ce décalage est trop grand et s'il persiste, alors l'enfant va se battre avec sa parole pour avoir un débit plus rapide, un langage plus complexe que celui pour lequel il est équipé ; dans les situations de bilinguisme, ce décalage peut être encore plus accentué ; les dispositions nécessaires à la parole fluide, à savoir une bonne organisation motrice, à

* Rondal

la fois précise et fine, une pensée qui trouve ses mots et aussi le plaisir à parler ne vont pas s'intégrer chez lui et le bégaiement s'installe ; on conçoit alors que plus on intervient tard dans ce processus, plus il sera difficile de modifier toutes ces données.

D'autant plus qu'à l'écoute de ce manque de fluidité, les parents vont développer des comportements et des attitudes qui vont aller le plus souvent dans le sens inverse de celui qui pourrait aider l'enfant à parler sans effort ; dès 1959, Johnson soulignait le rôle amplificateur de la perception par les parents de la difficulté de parole de leur enfant ; devant cette difficulté, les parents vont avoir des comportements qui vont renforcer chez l'enfant à la fois l'idée que ce qu'il fait est mal et qu'il faut donc s'efforcer de la cacher le plus possible ; ces comportements peuvent être : froncer les sourcils, se détourner, détourner le regard, mais aussi, nous l'avons vu, interrompre l'enfant, parler à sa place, multiplier les questions de façon agacée, augmentant ainsi la pression temporelle et la pression affective chez l'enfant déjà en difficulté ;

F. Le Huche a dès 1971 souligné **les attitudes nocives** que les parents peuvent avoir face à la difficulté de parole de leur enfant : - moqueries, conseils ou fausse indifférence, qui sont aussi des comportements à ranger parmi les facteurs aggravants du malaise de l'enfant ; on peut comprendre les réactions des parents quand on est soi-même confronté à son propre contre-transfert dans la thérapie des patients bègues adultes : la personne bègue fait désirer sa parole, nous rend dépendant d'elle, et c'est parfois difficile à supporter* ! Parmi les attitudes des parents la fausse indifférence est particulièrement un facteur de tension pour l'enfant : le sujet de sa parole, dont on ne parle pas, est tabou... ; en effet les parents en général ne parlent pas à l'enfant de sa difficulté, probablement de peur de l'empirer ; cette conspiration du silence sera une attitude terriblement difficile à modifier chez le sujet bègue plus le temps passera.

* Berger

D'autres facteurs jouent aussi dans le sens d'une pression exercée sur lui :

- si les **événements familiaux angoissants** pour lui (maladie, séparation, deuil, déménagement, conflit conjugal ou naissance d'un frère) se produisent pendant cette période, l'enfant ne se sentira pas en sécurité, comme tout enfant, mais cela viendra se conjuguer avec les autres tensions. Elkind a publié une « échelle de stress » qui rend compte de tous ces facteurs de tension.

- **certaines maisons sont très actives**, parfois agitées : soit qu'il faille que chaque minute soit programmée pour chacun, soit que la vie quotidienne soit très compliquée par les horaires ; cette pression agit négativement sur l'enfant et il n'est pas difficile d'en prendre conscience quand on joue avec le petit enfant avec une petite maison et ses différents membres par exemple, dont l'enfant imite volontiers les comportements. E. Conture dit joliment que l'horloge des parents et celle de l'enfant ne marchent pas ensemble.

- **l'excitation**, elle aussi, exerce une pression, comme celle qui résulte parfois de ces maisonnées trop actives comme celles dont j'ai parlé, mais aussi d'émissions de télévision par exemple ; cette excitation est néfaste par la précipitation du débit qu'elle provoque, par l'incapacité de chacun à prendre son tour de parole, interrompant l'enfant dont la parole n'avance pas, qui cherche à son tour à interrompre pour attirer l'attention ; ce à quoi d'ailleurs l'enfant bègue échoue, perdant ainsi confiance en lui.

Lorsqu'au travers des entretiens avec les parents on va pouvoir mettre en évidence certains des facteurs que je viens d'énumérer, la forme que va prendre l'intervention se dessine ; cette forme en est très diverse et épouse chaque cas d'enfant ; on peut schématiser néanmoins en isolant deux chapitres :

- l'intervention s'adresse essentiellement aux parents.
- l'intervention concerne aussi l'enfant directement.

Cela va dépendre des conclusions de l'examen et c'est ce qu'apporte le diagnostic différentiel. Un article récent de *Pediatric News** confrontait le point de vue de Gregory et celui de Yairi : ce dernier ne préconisait pas une implication systématique des parents, point de vue que ne partage pas H. Gregory pour qui le changement préalable des comportements dans la famille est primordiale, ce que je crois aussi.

* Tucker

L'examen de l'enfant

Cet examen va se situer de préférence après les entretiens avec les parents : néanmoins

l'inquiétude des parents est parfois telle, ou leur sentiment de culpabilité est si fort que commencer par examiner la fluence de l'enfant, puis son niveau de parole, langage et tout son comportement verbal pendant l'interaction avec lui pendant le jeu, sera préférable ; d'autant que cela facilitera les indications données aux parents ensuite car ces indications prendront appui sur ce qu'on aura observé chez l'enfant ; bien évidemment si on travaille dans une équipe, ce qui est le cas des praticiens anglais et américains que j'ai vu travailler, les séances avec les parents se font dans le même temps que les séances avec l'enfant et un gain de temps important s'opère ainsi.

Examen de la fluence et du débit :

Au cours d'un jeu avec l'enfant, on enregistre systématiquement ; une analyse systématique de la disfluence sera faite à partir de cet enregistrement ; cette analyse, selon les travaux * retient 11 catégories d'accidents de parole, classés suivant le caractère plus ou moins spécifique de bégaiement que ces accidents détiennent ; le critère le plus pertinent pour le jeune enfant, d'un bégaiement naissant, est la présence de répétitions fréquentes (plus de 3 % des mots énoncés) et nombreuses du même élément (plus de 3), répétitions de mots, mais surtout de parties de mot. Cette analyse systématique sera faite en transcrivant les corpus obtenus dans différentes situations de parole telles que la conversation., la situation Questions/Réponses, et surtout le jeu spontané ; ces chiffres que j'indique, impliquent des comptabilisations, qui pour rébarbatives qu'elles peuvent paraître, n'en sont pas moins indispensables pour suivre une évolution qui ne soit pas seulement appréciée subjectivement ; c'est d'autre part indispensable pour tout travail de recherche. MC. Pfauwadel se propose d'ailleurs de publier une version française de cette analyse systématique de la disfluence, applicable à tous les cas de bégaiement, développemental ou acquis. A côté de l'analyse quantitative de la disfluence, on relèvera tous les autres traits qualitatifs de la parole (tels que la gestion du souffle phonatoire, les tensions audibles, les conjonctions d'appui etc) , les comportements accompagnateurs (tels que les clignements des yeux et autres syncinésies) ;

* J. Campbell

A l'examen de la fluence s'ajoute **l'examen du débit** ; le calcul chiffré du débit de l'enfant figure dans les travaux de recherche (cf Amster : calcul du nombre de syllabes par seconde) ; je crois, quant à moi, qu'on peut faire confiance à la perception qu'on a de ce débit, en particulier en relevant les moments d'accélération qui vont provoquer les disfluences : elles seront en général liées à l'émission de phrases longues, donc souvent complexes ou bien provoqués par le comportement de l'enfant qui répond à la pression temporelle qu'il ressent.*, durant l'examen de l'enfant dans son service du Finsbury Center à Londres, met en œuvre dès ce premier bilan toutes les stratégies possibles qui vont améliorer la fluence de l'enfant. Les modifications de la parole qui auront aidé l'enfant seront retenues en premier pour la thérapie : nous retrouvons dans les programmes américains des dispositions tout à fait semblables à celles utilisées à Finsbury.

* Lena Rustin

Ce premier examen va aussi permettre de savoir si l'enfant présente des **difficultés articulatoires** ; selon Conture, déjà cité, 35 à 45 % des enfants bègues ont des troubles articulatoires ; s'il existe un trouble phonologique, sur le plan gnosiologique et praxique, ou des difficultés de langage, je vous renvoie à l'examen de tout jeune enfant, où parfois on se sert d'épreuves standardisées lorsque cela paraît possible et c'est toujours souhaitable, ou à des observations qu'il sera utile de vérifier au cours de la thérapie, et ce d'autant plus qu'on est peu familier avec les tout-petits ;

Parmi les quantifications qu'il semble nécessaire de calculer, j'en retiens trois : l'Indice de la diversité lexicale (IDL) tel que Rondal la définit dans son Séminaire de l'UNADRIO en 1986 ou le Token Ratio. Il s'agit du rapport entre le nombre de mots différents et le nombre total de mots énoncés par l'enfant.

- la *Longueur Moyenne des Énoncés* (LMPV) qui est un bon indice jusqu'à 4 ans ; il s'agit du rapport entre le nombre total des mots et le nombre d'énoncés ;

- le *niveau de vocabulaire*, en réception ou en expression suivant la fluidité de l'enfant et son désir de participer ; l'épreuve de Vocabulaire de la BEPL* est bien adaptée à cette évaluation ;

* Chevie. Simon

Le Jeu du Bain des poupées de cette même Batterie permet tout à fait de calculer les autres indices ;

- une *épreuve d'évocation de mots* permet de faire la différence entre la difficulté

d'émission du mot et la difficulté de l'enfant à accéder à son lexique interne ;

Qu'on se rassure, ces indices se calculent rapidement pour un petit enfant dont la production, surtout s'il a commencé un bégaiement est peu abondante en général ! Disons aussi que tout travail de recherche nécessite ces évaluations et qu'en France elles ont si mauvaise presse qu'on ne fait pas de recherche du tout !!

Au cours de la séance on aura bien sûr noté aussi les réactions de l'enfant à ses disfluences, comment il prend la parole, ou s'il ne la prend pas, s'il vous fait coopérer à son jeu, s'il pose des questions, s'il se précipite pour répondre etc... Parfois les parents auront été présents, le petit enfant ne pouvant pas se séparer d'eux ; et déjà un certain nombre d'observations sur le comportement des parents pourront dans ce cas être faites ; et je dois dire que ma pratique me fait préférer cette situation où les parents sont présents pour cet examen, alors que les examens de l'enfant dans les services de L. Rustin ou H. Gregory ou J. Starkweather se passent avec l'enfant seul en règle générale ;

L'examen a conduit à un constat : il existe ou il n'existe pas de difficultés dans les différents versants étudiés autres que celui de la fluence verbale ; l'entretien, ou les entretiens avec les parents permettront, en plus de ce diagnostic différentiel, de décider dans quelle mesure impliquer l'enfant dans la prise en charge.

Entretiens avec les parents

Enumérons tous les points qu'il est utile d'explorer en fonction de ce que, au début de ces lignes, j'ai dit des pressions qui s'exercent sur l'enfant pouvant ancrer ses disfluences. Je les cite non pas en fonction de leur importance, mais plutôt en raison de la facilité avec laquelle on peut les aborder avec les parents, sans renforcer leurs sentiments négatifs par rapport à eux-mêmes mais aussi à l'enfant ; dès ce ou ces premiers entretiens un certain nombre d'indications pour les parents vont surgir, qui seront repris plusieurs fois ensuite mais qui jouent, comme c'est souvent le cas lors d'un premier entretien, un rôle majeur en particulier dans la confiance que les parents vont accorder au thérapeute.

- **l'anamnèse** de l'enfant : elle se déroulera classiquement et on pourra saisir parallèlement quelle est l'inquiétude des parents le concernant et quelle place le trouble de parole occupe.

- **comment s'organise pour l'enfant la vie à la maison** : la pression du temps qui s'exerce sur lui à travers les différents rythmes quotidiens (maisonnée agitée toujours pressée), et la plainte éventuelle des parents à l'égard du comportement de l'enfant, peuvent là venir au jour (la discipline, les loisirs, les relations dans la fratrie, tâches domestiques, l'adaptation à l'école maternelle, le sommeil, les repas, etc...)

- **des questions plus précises sur le comportement** : quelle est son autonomie, présence d'une énurésie, cauchemars, réactions de l'enfant à sa disfluence. Sont souvent citées les colères que provoquent la frustration et la tension que ressent l'enfant à ne pas pouvoir s'exprimer.

- Y a-t-il des **situations de parole** que les parents savent plus **difficiles** pour leur enfant ? Y a-t-il des difficultés de langage chez d'autres membres de la famille, en particulier des personnes bègues ? Comment eux comprennent-ils la difficulté de leur enfant ? Et comment y réagissent-ils ?

C'est à l'ensemble des **sentiments exprimés** par les parents qu'il va falloir répondre : s'ils se sentent coupables, parler du bégaiement, de ce qu'on sait et aussi ce qu'on ne sait pas, dire que l'éducation qu'ils ont donnée n'est pas en cause mais qu'ils vont pouvoir beaucoup aider leur enfant maintenant à trouver une parole fluente.

- s'ils s'interrogent sur le devenir de l'enfant, son intelligence, son équilibre, souligner que ce n'est pas un déficit intellectuel ; que 75 % des enfants qui présentent des disfluences de ce type deviennent des locuteurs normaux ; mais aussi que, si ces disfluences s'accroissent cela peut devenir un handicap terrible et qu'il faut s'occuper de la parole de l'enfant dès maintenant, si petit.

- s'il n'a pas encore été prononcé, utiliser alors le mot de bégaiement pour aborder cette sphère de silence qui la plupart du temps entoure le sujet ; qu'on n'en parle pas n'empêche pas l'enfant d'en devenir de plus en plus conscient et d'avoir à le cacher va augmenter sa lutte contre sa parole ; bien décrire ce trouble diminue cette sorte de honte que les parents éprouvent à avoir un enfant dit « nerveux » et les aident à en faire un sujet progressivement

moins tabou. (cf Starkweather).

Nous sommes déjà dans la prise en charge dès ces premiers échanges et d'avoir souligné parfois tel ou tel aspect de ce que les parents ont dit, leur fait prendre conscience de ce qu'ils vont pouvoir faire pour leur enfant ; hélas, pas dans tous les cas, les résistances des parents existent, et c'est assez curieux de voir que ces résistances ressemblent étrangement aux résistances qu'oppose le sujet bègue adulte à son traitement !!

Conjointement ont été relevés :

- le débit de chacun des parents ; rappelons qu'un débit normal est d'environ 170 mots/minute ; selon Conture le débit des parents d'enfant bègue atteindrait 190 à 200 mots à la minute.

- leur niveau de langage (présence de difficultés pour s'exprimer, ou au contraire complexité et longueur de leur discours...)

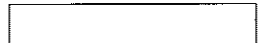
- leur comportement de communication (prendre son tour de parole ou interrompre l'autre, contact visuel etc...)

Lorsqu'on possède la vidéo, ces observations sont faciles à faire, de même lorsqu'un autre praticien est derrière la vitre sans tain ! A la Northwestern University (Evanston-Chicago) des enregistrements vidéo sont systématiquement faits de séances de jeu entre le ou les parents et l'enfant, et analysés avec eux ensuite, je n'ai pas cette pratique me sentant incapable d'être présente sur trois lieux à la fois : en relation avec l'enfant, les parents, et la technique ! Aussi je joue avec l'enfant et les parents nous observent et dans un deuxième temps nous commentons, pendant que l'enfant joue ou dessine seul, suce son pouce ou fait un câlin. Un peu plus tard nous jouerons tous ensemble.

Constituer des groupes de parents d'enfants bègues pour mettre en commun les observations et les expériences qu'ils vivent chacun avec leur enfant, est aussi très efficace ; je n'en ai pas encore la pratique mais j'ai vu fonctionner ces groupes et ils constituent une dimension importante de cette intervention ;

Je ne voudrais pas oublier de dire aussi que prendre contact avec l'instituteur de maternelle qui a l'enfant en charge est toujours riche d'informations ; il permet un dialogue entre tous ceux qui entourent l'enfant, évitant ainsi de rejeter une éventuelle responsabilité du trouble des uns sur les autres.

Thérapie



Les conclusions des premiers entretiens et l'examen de l'enfant conduisent à différents degrés d'intervention, en particulier en ce qui concerne l'implication de l'enfant :

- lorsqu'aucune difficulté autre n'accompagne la disflue, mettre en place des changements dans l'environnement est un préalable avant de demander des modifications de la parole ; cette guidance parentale - puisque c'est le terme consacré - sera seule nécessaire, tout en restant très vigilant à s'informer de l'évolution de l'enfant. Il ne faut pas hésiter à demander aux parents, même après la fin des entretiens, qu'ils téléphonent ou écrivent pour donner des nouvelles régulièrement, et ceci pendant un an à 18 mois. S'ils ne le font pas, téléphoner soi-même pour assurer un suivi indispensable.

- si un retard dans un versant qui participe au développement du langage est constaté, ce retard doit être pris en charge afin de pouvoir diminuer la lutte que l'enfant a engagée avec sa parole. A ce niveau, l'importance de la prise en charge peut beaucoup varier d'un enfant à l'autre suivant les différentes conclusions auxquelles on est parvenu ;

- Evidemment dans toute intervention où l'enfant prendra part, nous l'entraînons à la relaxation, c'est-à-dire à faire la poupée de chiffon ; les parents apprennent à le faire avec l'enfant, en général pour le plus grand plaisir de chacun.

- Enfin lorsque les problèmes psychologiques de l'enfant ou dans la famille semblent majeurs, il est indispensable - et très difficile généralement - de convaincre les parents d'aller consulter un correspondant psychothérapeute.

Pour la clarté de l'exposé je distinguerai ce qu'on fait avec l'enfant de ce que l'on fait avec les parents, mais dans ma pratique ces deux aspects sont complètement intriqués dans le temps d'une séance ; car un des traits essentiels est de pouvoir modéliser pour les parents les comportements qu'on attend d'eux et que l'enfant va intégrer ; ce fut en effet une surprise pour moi au début de ce travail précoce avec les petits enfants disfluents, de voir avec quelle rapidité ceux-ci acquièrent ce que j'ai appelé le parler « tout doux » ; pour ce

faire, il est utile d'avoir avec l'enfant des expressions pour caractériser la parole, et sa parole à lui aussi, qu'il comprend bien et peut lui-même utiliser ;

Modifications de la parole et du langage utilisées par le thérapeute :

- **réduire son débit** ; les thérapeutes anglaises utilisent un débit à la limite du supportable pour l'auditeur ; un débit nettement ralenti est suffisant, il me semble.

- **le départ des phrases en particulier doit être lent et facile** ; on montre à l'enfant comment il attaque le début des mots et on lui montre comment le faire en douceur (cf ERASM chez l'adulte*) ; on est parfois obligé de recourir au début à des attaques un peu soufflées.

- parfois l'enfant comprend que ralentir son débit c'est faire de longues pauses ; on lui montre que c'est plutôt en allongeant les mots comme s'ils étaient élastiques.

- **la prosodie sera conservée** dans tous les cas, et on retrouve alors ce que F. Le Huche appelle le ton nourrice, chantant et doux.

- pour certains enfants déjà bègues à l'évidence, **on imitera** de façon très détendue certaines de leurs disfluences ; au début l'enfant le remarque, peut même ne pas être très content, mais on lui explique que dans toute parole il y a des arrêts, des sauts, comme pour lui ; il se désensibilise assez vite de ces disfluences, fait remarquer celles de l'adulte et probablement se désensibilise des siennes propres, parallèlement au fait qu'à la maison parler de sa parole perd son caractère tabou.

- **le langage adressé à l'enfant sera simple et court** ; le désir éducatif des parents doit laisser place au plaisir de jouer ensemble ; parler avec l'enfant, parler un peu pour soi aussi tout en jouant, laisser de bonnes plages de silence, ne pas poser plusieurs questions à la suite, ne pas interrompre l'enfant ; tout ceci va réduire la demande excessive que l'enfant ressent d'une performance pour laquelle il n'est probablement pas prêt. J'ajouterai que assez vite l'enfant saisit les stratégies qu'il doit employer pour assouplir sa parole et qu'il devient, à l'écoute des enregistrements un très bon juge de cette parole.

- **il faut évidemment être attentif à ce que l'enfant dit**, au contenu, et cette indication va certainement être la première des indications clairement données aux parents.

Rappelons que progressivement et avec l'accord de l'enfant on invite le ou les parents à participer au jeu.

Indications aux parents :

La première de toutes est bien entendu d'être plus attentif à ce que dit l'enfant qu'à sa parole, au contenu qu'à la forme ; et c'est sur la forme de leur langage à eux qu'on va demander un changement : on n'a pas besoin de dire « parlez comme moi à votre enfant », ce qui serait probablement mal ressenti ; mais les parents entendent leur enfant pendant la séance, constatent les modifications que les dispositions de parole employées entraînent, et c'est suffisant généralement ; on peut leur demander d'observer pendant la semaine quelles situations rendent la parole de leur enfant plus disfluente, et quelles situations l'améliorent pour les sensibiliser aux formes du langage utilisé dans ces situations.

Je leur demande néanmoins directement deux modifications : réduire leur débit, et diminuer la complexité et la longueur des phrases adressées à l'enfant ; je leur demande aussi de s'aider mutuellement pour y parvenir ; la présence du père est problématique, me direz-vous ? j'en ai fait une exigence, car sinon les parents auront tendance, n'étant pas impliqués par la thérapie de la même façon, à se rejeter la responsabilité de tout ce qui se passera de négatif pour l'enfant.

Les premiers entretiens ont généralement aussi permis - pas toujours - aux parents de trouver la clé de certains agents de tension qui existent dans l'environnement de l'enfant ; comme nous savons que leur réaction va beaucoup agir sur l'enfant, nous leur demandons de nous faire part de ce qu'ils ont constaté : nous retrouvons là les différents points, mais cette fois-ci qui concernent vraiment cet enfant - là, qui ont été abordés au moment des premiers entretiens ; seuls les points que l'on voudrait voir se modifier sont discutés ; néanmoins dans mon expérience je n'ai jamais pu faire l'économie des points suivants :

- *faire respecter des tours de parole* de chacun dans la famille même en exerçant une certaine contrainte jusqu'à ce que chacun en ait pris conscience ; lorsque les parents acceptent que les enregistrements au magnétophone soient faits à la maison, un grand pas en avant se dessine alors.

- **faire sortir ce problème de la conspiration du silence** ;

* Simon

- **faire trouver aux parents un temps de jeu, de lecture d'images** ou de conversation avec l'enfant, pendant lequel ils modifieront leur parole en particulier leur débit, ce qui est un facteur primordial ; l'attention sans partage portée à l'enfant lui donne ce sentiment de sécurité dont je parlais au début ; si on lui parle aussi pendant ces moments privilégiés, des événements à venir, des projets de la famille, cela réduira chez lui, comme chez tout autre enfant, l'inquiétude que les choses nouvelles peuvent provoquer ; renforcer aussi l'admiration des parents devant ce que l'enfant réussit bien, lui proposer aussi des activités où il n'échoue pas, autant de dispositions pour que l'enfant se sente en confiance et baisse son niveau de tension intérieure ; ce qui ne manquera pas d'agir au niveau de la coordination et du contrôle moteur en général.

Une feuille portant ces indications sur certains aspects de la communication et du comportement (par exemple comme le niveau d'activités autour de l'enfant), une autre feuille sur ce dont l'enfant a besoin à ce stade de son langage pour que ce langage se développe sont remises aux parents ; ces feuilles ne sont jamais présentées comme des recettes mais comme des sujets sur lesquels réfléchir ensemble ; c'est aussi pour le praticien la possibilité de s'assurer qu'il n'est pas passé à côté d'aspects importants ;

Cette manière d'aborder le trouble du débit d'un jeune enfant dont on ne sait pas encore s'il est en train de devenir bègue mais dont on connaît quelle souffrance il aura à endurer s'il le devient, aura pu sembler très comportementale ; le clivage très net aux Etats-Unis entre dans le domaine des psychologues et des thérapeutes du langage, où chacun ne peut, sous peine de procès empiéter sur le domaine de l'autre, permet de développer des approches thérapeutiques qui dans leurs termes apparaissent en effet dégagées de préoccupations directement psychothérapeutiques. Mais je crois que nous nous trouvons là devant un problème de vocabulaire. Le « counselling » ou guidance parentale pour les enfants bègues, ou le « conseil » pour les adultes qu'exercent les praticiens que j'ai vu travailler à Northwestern, a grande valeur psychothérapeutique dans le sens rodgérien du terme. L'autre regard que les parents vont être conduits à porter sur leur enfant entraîne des modifications de leurs attitudes et comportements qui dépassent l'application de recettes. La violence que l'enfant ressent et renferme de vouloir dire et de ne pas pouvoir dire, va être perçue par les parents, reconnue en d'autres termes qu'éducatifs ; d'autre part ils restent dans l'espace de sécurité du fait que l'intervention reste centrée sur le symptôme que présente l'enfant.

Ce travail avec les très jeunes enfants donne l'espoir très vif que le bégaiement n'est pas inéluctable même lorsqu'il a commencé à s'installer, et d'entraîner enfant et parents dans un cheminement dangereux que je viens d'essayer de décrire, mais dont j'espère aussi avoir donné quelques clés pour en sortir. Certes statistiquement un enfant sur quatre seulement a besoin d'une telle intervention, mais rien de ce qui est fait dans cette démarche ne peut être nocif dès lors que l'on sait ce que l'inquiétude des parents peut représenter, dans tous les cas, pour l'équilibre d'un enfant, si l'on ne s'occupe pas de cette inquiétude. J'espère que beaucoup sera fait pour les petits enfants disfluents et qu'ainsi on verra le taux de bégaiement à l'âge adulte diminuer.

Comme tous les praticiens s'accordent à dire que plus longtemps l'enfant a bégayé et **plus difficile sera de lui faire retrouver une parole fluide**, le repérage initial d'un trouble de l'élocution dont on ne saura jamais pour un enfant donné s'il aurait ancré un bégaiement ou non, doit être fait : autant en termes de trouble instrumental que de trouble relationnel. Pour que l'enfant vive ses premières relations avec les autres, les parents en particulier, encore faut-il qu'il dispose de sa parole, pour que les représentations de mots puissent organiser à la fois le monde extérieur et son monde interne, fantasmatique, que ce monde intérieur soit à l'origine de son trouble, - mais il n'y a pas plus de névrosés dans la population des bègues que dans celle des locuteurs dits normaux - ou que ce trouble de parole l'empêche d'élaborer ses premières représentations, n'est pas une question à laquelle j'ai essayé de répondre. Mais si réponse nous avions, je ne suis pas certaine que les orthophonistes seraient mieux équipés pour aider l'enfant « à risque de devenir bègue » !

Il faut souhaiter que tous les praticiens concernés par ce problème s'y consacrent pour l'enfant **de façon très précoce** ; la disposition « attendons pour voir » est probablement la pire pour le très jeune enfant disfluent, car, et je l'ai expérimenté depuis plus de deux ans maintenant, une consultation tout au début des difficultés constitue un moyen de prévention et d'amélioration très efficace.

Bibliographie

- AIMARD P. : Interventions précoces : un tour d'horizon. Revue de Laryngologie. Vol. 110.4. 1989.
- AMSTER B. : The development of speech rate in normal preschool children. Ph. D. dissertation. Temple University Philadelphie. 1984.
- ANDREWS G., CRAIG A., FEYER AM. : Stuttering : a review of research findings and theories circa 1982. J.S.H.D. 48 226-246.
- BERGER M., GUICHER S., LANG F. : Contretransfert du soignant dans le traitement des bégues. Neuropsychiatrie de l'enfant. 27.6 269-275.
- CAMPBELL J., HILL D. : Systematic Disfluency Analysis. A paraître.
- CONTURE E. : Stuttering. Prentice Hall ; Englewood Cliffs. N.J. 1990.
- ELKIND D. : The hurried child. Addison Wesley ed 1981.
- GREGORY HH : Prevention of stuttering ; management of early stages in : Nature and treatment of stuttering ; new directions. Taylor and Francis ed. New York 1985.
- GREGORY HH : Stuttering : implications of research for treatment. A paraître.
- JOHNSON H. : Onset of stuttering. Minesotta Press. 1959.
- LE LUCHE F., DEZ S. : Bégaiement. OVEP. Paris 1983.
- MEYERS B.C., FREEMAN F.J. : Mother and child speech rates as a variable in stuttering and disfluencies J.S.H.D. 28. 436-444. 1985.
- PFAUWADEL M.C. : Etre bègue. Le Hameau Retz, Paris 1986.
- RONDAL J. : Interaction adulte - enfant dans l'acquisition du langage. Mardaga Paris 1986.
- RILEY G., RILEY J. : Evaluation as a basis for intervention. In Treatment of stuttering in early childhood. College Hill Press Prins et Ingham. Californie 1983.
- RUSTIN L. : Assessment and therapy program for dysfluent children. NFER Nelson Londres 1989.
- SHAMES G., FLORANCE C.L. : Stutter-free speech 1980 C. Merryl ed.
- SIMON AM : Un traitement du bégaiement. Bulletin d'Audiophonologie. Vol VI I 1990.
- STARKWEATHER C.M. : Stuttering prevention. Prentice Hall Englewood Cliffs N.J. 1990.
- TUCKER M.E. : Prompt exam by speech expert advisid for stutterer in Pediatric News Août 1989.
- YAIRI D. : Longitudinal studies of disfluencies in two years old children. J.S.H.D. 25 155-160 1982.
- B.E.P.L. : CHEVRIE C., SIMON AM : Batterie d'Evaluation Psycholinguistique.