

Violence et bégaiement Intervention de l'orthophoniste

N. ZELLAL

et S. AKROUNE

Chargée de cours en orthophonie

Laboratoire SLANCOM-Université d'Alger

I- Objet-problème

Un fait nouveau, responsable du bégaiement, est apparu ces dernières années en milieu clinique orthophonique algérien. Il s'agit de l'impact des violences dues au terrorisme qui sévit sur le pays, sur le comportement verbal de personne l'ayant directement subi.

L'orthophoniste prend alors en charge des formes de troubles acquis du débit de la parole d'étiologie traumatique, d'ordre psychique.

Cette prise en charge s'inscrit dans un modèle méthodologique et scientifique exploité depuis une vingtaine d'années, lors de nos enseignements hospitaliers, mais se déploie de façon spécifique, vu que l'origine du tableau de bégaiement diffère de celle des tableaux habituels.

L'on explicitera donc ce modèle, tout en montrant comment il est rendu opératoire au niveau de la rééducation et la réinsertion sociale de deux exemples de patients devenus bègues, en raison de violences physiques et psychiques.

II- Modèle théorique de rééducation des bégaiements post-traumatiques et techniques qui en découlent

II-1 Définition du bégaiement

1- Trouble du débit de la parole. Le débit est déterminé par le mode de gestion du souffle phonatoire au plan **physiologique**, et des groupes rythmiques significatifs au plan **phonétique-linguistique**. C'est un trouble qui revêt différents aspects, et qui peut s'associer à d'autres troubles.

2- Trouble **relationnel / pragmatique** ou de la communication: le bègue ne bégai pas lorsqu'il se parle à lui-même. C'est la présence de l'autre qui génère le trouble.

II-2 Démarche rééducative : principes théoriques

N.B : toute entreprise thérapeutique consiste en la vérification d'hypothèses à travers la mise en œuvre de techniques puisées d'un modèle théorique, lui-même construit à partir de la définition du trouble.

Les traits définitoires (1) correspondent au symptôme ou comportement bégue ;

Le trait définitoire (2) correspond à son étiologie, c'est-à-dire ses mécanismes, lesquels, internes, sont d'ordre psychologique.

COMPORTEMENT + SA PSYCHOLOGIE suggèrent une conceptualisation et une rééducation d'ordre COGNITIVO-COMPORTEMENTALISTE, fondement de notre modèle de rééducation.

Selon les approches cognitivistes, ce schéma tridimensionnel de ELLIS (1992) et BECK (1990), rend compte de la réalité humaine :

(a) JE PENSE (cognitions)

mode de perception de l'autre

pensée irrationnelle

croyances négatives

(b) JE RESSENS (émotions-affects-personnalité)

anxiété

(c) J'AGIS (comportement)

bégaiement et troubles associés

Si l'on interprétait le bégaiement post-traumatique selon ce schéma, on admettrait qu'autrui et l'environnement, provoquent chez le patient, un sentiment d'anxiété et de frayeur chronique parce qu'il les perçoit comme une agression psychologique, vécue comme un drame, ce qui se traduit par un bégaiement et de graves difficultés relationnelles.

Selon les thèses comportementalistes, le schéma « SORC » de COTTRAUX (1990) rend compte des faits comportementaux analysables :

| (a) Stimulus | b) Organisme | (c) Réponse | (d) Conséquence |
|------------------------------|----------------------------------|---------------------|--|
| <i>Autrui interprétation</i> | <i>Perception signifi bégayé</i> | <i>Comportement</i> | <i>Modification dans l'environnt qui influence l'organisme</i> |

A travers ce second modèle, l'on peut comprendre que l'autre et l'environnement (a) génèrent un sentiment d'anxiété émotionnelle (b), ce qui provoque un bégaiement (c). La conséquence, ou réaction du milieu au bégaiement, majore les troubles, voire engendrent des désordres comportementaux associés (d).

Donc, deux hypothèses thérapeutiques

I- Il faut donc d'abord connaître **objectivement**, puis agir sur ce vécu de l'autre et de l'environnement social, par le bégue, et non modifier l'autre et le milieu social;

II- Il faut donc d'abord connaître **objectivement** puis **modifier** le comptement bègue ou « SORC ».

II-3 Techniques qui découlent de ces principes théoriques

1- Connaissance objective du patient (cognitions, affects, comportement)

Anamnèse

On axe le questionnement sur l'origine du trouble, les circonstances de son apparition, son mode d'évolution dans le temps.

Entretien semi directif

On utilise la technique des questions-réponses, laquelle permet de connaître le patient dans les situations qui génèrent l'anxiété, les phobies, les angoisses, qui les exacerbent ou les circonstances qui les diminuent. L'on note le degré d'inhibition. L'on interroge la famille, organise une sorte de table ronde où tout un chacun s'exprime : le trouble est alors mis à nu dans son contexte global, social.

2- Analyse complète du comportement ou SORC (qu'il faudra modifier)

La description des stimuli : conversation, y compris par téléphone, inscrite dans le sujet à l'origine du traumatisme, et en dehors de ce sujet. On fait faire de la lecture à voix haute, de la répétition de groupes rythmiques de plus en plus longs et complexes, on demande au patient de chanter, on suscite la voix d'appel. Ici, le type de bégaiement apparaît avec éclat.

3- Analyse du traitement des stimuli par l'organisme et types de réponses du patient

On relève des corrélations/dissociations entre les réactions aux différents stimuli, les troubles associés et les modes de compensation auxquels le patient recourt.

4- Analyse des conséquences psychophysiologiques du bégaiement

On note : l'excitabilité de la personnalité, la timidité, le repli sur soi, la nervosité, l'instabilité de l'attention, l'échec scolaire, les troubles extra et intra-familiaux,... ; le mode de gestion du souffle phonatoire, la tonicité labiale exagérée, etc..., bref tous les traits sémiologiques du patient.

II-4 Rééducation

A partir des résultats de cette observation du patient, techniques **COMPORTEMENTALISTES** et **COGNITIVISTES** sont constamment associées dans l'entreprise thérapeutique. Adaptées aux besoins, aux goûts, aux capacités de communication, au degré d'inhibition du sujet bègue, elles sont puisées du groupe de techniques suivantes :

- Information, guidance, conseils d'ordre technique : sport, respiration, lecture ; Psychothérapies par relaxation et activités ludiques : désensi-

bilisation systématique de WOLPE (1958) : mettre le patient dans un état antagoniste par rapport à celui de l'anxiété, en profitant de son état de relaxation pour le faire raconter son problème traumatique. Deux forces vont alors s'opposer, et l'une va annuler l'autre. Agir sur le degré de variation des situations anxiogènes : augmenter ce type de renforcement, le diminuer jusqu'à extinction.

- Faire appel à la relaxation « les yeux ouverts » du Dr F. LEHUCHE, exercices de souffle couché, assis, debout, agir ensuite sur la parole en contrôlant la synchronie pneumophonique.

- Chez l'enfant l'on utilise la technique du « dessin dicté » ; il réalise le dessin qu'il choisit, sans que l'orthophoniste regarde la performance. Ensuite, il dicte son dessin sans accroc. Le faire ensuite glisser de thèmes de violence, s'ils apparaissent, vers des thèmes plus attrayants. La description d'images peut également être utilisée. Le sujet choisit une image qu'il décrit intégralement. L'orthophoniste pose des questions pour préciser l'image mentale de l'enfant, puis compare l'image réelle à l'image mentale. L'enfant apprécie également les devinettes. Nous employons la technique d'A. ALLALI.

- Chez l'adulte, l'on utilise les techniques de lecture (O.P.U, 1992), en faisant intervenir des thèmes anxiogènes dans lesquels le patient ne bégaye plus. Les techniques de lecture sont importantes sur le plan cognitif : le bègue s'efforce de ne pas bégayer en lisant, se polarise sur l'expression au détriment de la compréhension.

- L'on peut agir directement sur le symptôme : émission des constrictives douces en les prolongeant dans un gros soupir ; répétition de rhèmes en les renforçant par le geste psychomoteur, puis extinction progressive de ces stimuli pour accéder au dialogue normal.

Le patient est autonome lorsqu'il lit, raconte ce qu'il a lu, parle, dans différentes situations de communication (téléphone, famille, travail, école...) de thèmes anxiogènes, **sans troubles du flux verbal**.

- Sur le plan **cognitif**, l'auto-évaluation, l'auto-écoute (ex. technique de l'enregistrement au magnétophone), le feedback, l'autocorrection, les exercices à la maison, sont autant de moyens permettant au patient de maîtriser ses difficultés puis de les résoudre.

II-5 Deux études de cas

Deux patients ont été rééduqués au sein de la Polyclinique de Belcourt où j'ai exercé pendant plusieurs années.

Mohammed, 10 ans

Adressé par l'équipe d'hygiène scolaire pour bégaiement acquis, à l'origine d'un échec scolaire subit, cet enfant a dû être transféré chez ses grands-parents pour pouvoir aller à l'école. M. oublie de fermer le portail du jardin de ses parents qu'il voit le week end, moment où un

élément des forces de l'ordre poursuivait un terroriste qui se réfugia chez M., et qui fut abattu sous ses yeux. Face au corps gisant et à l'affût de policiers au sein de sa maison, M. hurla puis perdit l'usage de la parole, pour ensuite devenir massivement bègue.

Djamel, policier, 24 ans

Il sauvait un nourrisson après en avoir évacué la famille d'une maison en feu. A peine hors de la maison, Dj. échappa de justesse, l'enfant sur les bras, à l'explosion qui suivit l'incendie. L'enfant fut sauvé mais Dj. blessé. Son bégaiement apparut depuis et justifia un arrêt total de travail.

Ces deux patients ont été rééduqués compte tenu des techniques cognitivo-comportementalistes puisées du modèle que nous avons proposé ci-dessus. M. a repris l'école, et Dj. son travail au bout de quelques semaines de prise en charge, en ne bégayant plus.

