



HAL
open science

Bégaiement et tabou

Sandy Trantoul

► **To cite this version:**

| Sandy Trantoul. Bégaiement et tabou. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-01519965

HAL Id: dumas-01519965

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01519965>

Submitted on 9 May 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

ECOLE D'ORTHOPHONIE

Mémoire présenté pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste

BEGAIEMENT ET TABOU

TRANTOUL SANDY

Née le 6 Décembre 1984 à Toulouse

Directrice de mémoire : Arlette Osta

Co-directeur : Jean-Pierre Vernet

NICE- 2011

UNIVERSITE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

ECOLE D'ORTHOPHONIE

Mémoire présenté pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste

BEGAIEMENT ET TABOU

TRANTOUL SANDY

Née le 6 Décembre 1984 à Toulouse

Directrice de mémoire : Arlette Osta

Co-directeur : Jean-Pierre Vernet

NICE- 2011

Je tiens tout particulièrement à remercier Arlette Osta qui a accepté de diriger mon mémoire et qui m'a guidée tout au long de son élaboration.

Je remercie également Mr Vernet, co-directeur du mémoire qui m'a aiguillée dans mes références bibliographiques.

Je remercie chaleureusement Mme Bersot qui m'a ouvert les portes de son cabinet et permis de trouver la grande majorité de la population questionnée, ainsi que tous les orthophonistes qui m'ont accordé du temps pour la passation des questionnaires.

Je remercie très sincèrement tous les parents et les patients qui ont bien voulu participer à l'élaboration de ce projet.

Enfin j'adresse mes remerciements à mes parents qui ont su m'apporter le réconfort nécessaire tout au long de la préparation de ce projet et qui m'ont apporté les connaissances informatiques indispensables afin de présenter au mieux ce mémoire.

SOMMAIRE

Sommaire

PARTIE THEORIQUE :

INTRODUCTION.....	2
CHAPITRE 1 : TABOU	4
A. Origines du mot tabou.....	4
B. L'origine des tabous.....	5
a) La transmission	7
b) La punition des violations	8
c) Les cérémonies.....	9
C. La différence entre tabou et interdit.....	10
D. Les formes d'interdits.....	13
E. Les tabous de notre société	13
F. La représentation du bégaiement en Afrique.....	15
G. Des sociétés sans tabou.....	16
H. Définitions contemporaines	17
CHAPITRE 2 : LE BEGAIEMENT	20
A. Définitions.....	20
B. Les facteurs intervenant dans la genèse du bégaiement:	22
C. Les bégayages	23
→ Les répétitions de syllabes.....	23
→ Blocages.....	24
~ Le blocage en posture phonatoire	24
~ Le blocage en posture pré-phonatoire	24
• Le coup de glotte.....	24
• Les césures asémantiques.....	25
→Les pauses.....	25

~ Les pauses voisées	25
~ Les pauses remplies	25
→ Sidération	26
→ Les modifications des paramètres prosodiques.....	26
→ Les troubles associés	26
1. Les syncinésies	26
2. La dilatation des ailes du nez	27
3. La perte du contact visuel	27
4. Les rires nerveux	27
5. Les stéréotypies verbales ou mots d'appui.....	27
6. Les évitements	27
D. Le bégaiement : handicap social.....	28
→ Tendance au repli	28
→ Les cognitions négatives.....	28
✓ Le bégaiement viendrait d'une déficience des organes de la parole	28
✓ Le bégaiement serait incurable chez l'adulte puisque c'est un trouble d'origine génétique.	28
✓ « Bégayer serait débile ».....	28
✓ La forme de la parole compterait plus que le fond.....	29
✓ Une parole qui hésite serait inadmissible.....	29
✓ Bien parler serait la chose la plus importante du monde.....	29
✓ La parole nécessiterait une vigilance constante.	29
CHAPITRE 3 : POURQUOI LE BEGAIEMENT SERAIT UNE PATHOLOGIE TABOUE	30
A. Histoire du bégaiement	30
→ Origine du mot « bégayer ».....	30
→ « Bégayer en français »	30
→ De l'onomatopée à la métaphore	31

→ Le bègue comme personnage	32
1) Le bègue intercesseur	32
2) Le bègue paradoxal	32
3) Le bègue dérisoire.....	32
4) Le bègue exhibé	32
5) Le roi souverain : Louis 13 le juste ou louis 13 le bègue.....	33
→ Comment les bègues furent maltraités.....	34
6) La théorie des humeurs	34
7) Le cerveau	35
8) Béquilles et chirurgie	35
9) La rééducation	35
 B. Psychopathologie du bégaiement : l'environnement incriminé dans le développement des symptômes.....	36
→ Le modèle biopsychosocial.....	36
→ L'approche psychologique.....	37
→ L'abord psychodynamique	37
Trouble de la personnalité	37
→ Le bégaiement et les théories développementales	38
→ Les bégaiements du jeune enfant : l'hypothèse diagnostogénique.....	39
 C. L'implicite loi du silence	40
 D. La transmission transgénérationnelle	40
CHAPITRE 4 : INCIDENCES SUR LA CONSTRUCTION DE L'IMAGE DE SOI DU SUJET BEGUE.....	43
 A. Construction de l'image de soi chez l'enfant.....	43
→ L'alternance des regards	44
→ La constitution de l'identité	45
 B. Elaboration de l'identité de l'enfant.....	45
a) Définition du concept.	45

• La période d'opposition	46
• La période de séduction.....	46
• La période d'imitation.....	46
b) La connaissance de soi et image de soi.....	47
• Reconnaissance de soi	47
• Image de soi	48
c) L'estime de soi.....	49
1) La confiance en soi.....	50
2) L'estime de soi	52
3) Définition de l'estime de soi	53
→ L'estime de soi de base :	54
→ L'estime de soi secondaire :	54
4) Les sentiments à la base de l'estime de soi	55
→ Le sentiment de sécurité, de sûreté et de confiance en soi	55
→ Le sentiment d'identité, la vision de soi et l'amour de soi	56
→ Le sentiment d'appartenance à un groupe	56
→ Le sentiment de détermination et l'affirmation de soi.....	57
→ Le sentiment de compétences.....	57
5) Les besoins de l'enfant à la base de l'estime de soi.....	57
• Le besoin de sécurité	58
La sécurité physique	58
La sécurité affective	58
• Le besoin d'appartenance à un groupe	59
• Le besoin de reconnaissance	60
• Le besoin d'autonomie	60
• Le besoin de jeu	62
6) Les défauts d'estime de soi.....	64

La dévalorisation de l'enfant.....	64
L'échec.....	64
La fausse bonne estime de soi.....	65
L'abandon et l'estime de soi	66
La dépression et l'estime de soi	66
C. Regard de l'autre, regard sur l'autre au sein de la fratrie	68
D. Aspects psychologiques du bégaiement	69
1) Les traits de personnalité.....	70
a) D'après « le pavillon d'or » de Mishima :	70
b) Sentiment d'échec et désir d'échec : ambivalence :	70
c) Infériorité et supériorité :	71
2) Les traits observables.....	72
a) Les techniques de désengagement :.....	72
b) Les techniques d'évitement :.....	72
c) Les gestes de camouflage :.....	73
d) Les délais d'émission :.....	73
e) Les anticipations négatives :	73
f) La peur de ne plus être bègue, faire le deuil :	74
g) Le bégaiement utilisé comme une arme :.....	75
h) Le bégaiement : résultat de 6 malfaçons comportementales de F. Le Huche	75
3) Les traits non visibles.....	79
CHAPITRE 5 : BEGAIEMENT ET TABOU.....	81
A) Croisement entre définitions et constats.....	81
B) Les phénomènes susceptibles d'expliquer le tabou du bégaiement	83
<u>PARTIE PRATIQUE :</u>	
INTRODUCTION.....	89
CHAPITRE 1 : METHODOLOGIE ET CHOIX DU PROTOCOLE.....	90

A) Population	90
1/ Population bègue	90
2/ Population : parents d'enfants bègues	92
3/ Population des orthophonistes	93
B/ Protocole : Les questionnaires	94
1/ Le questionnaire destiné aux sujets bègues.....	94
2/ Le questionnaire destiné aux parents d'enfants bègues.....	99
3/ Le questionnaire destiné aux orthophonistes.....	102
C) Les conditions de passation.....	105
D) Outils d'analyse	107
E) Les biais des protocoles de recherche	107
CHAPITRE 2 : RESULTATS ET ANALYSES	109
A) Objets d'étude	109
- Le bégaiement rentre dans les tabous en France.....	109
- Le tabou du bégaiement a des répercussions émotionnelles sur le sujet bègue et sur son estime de soi	109
- Le tabou du bégaiement détermine des choix en matière de relation sociale s'il existe un syndrome familial du bégaiement tabou au sein d'une même famille.....	110
B) Procédure d'analyse	110
- Analyse du questionnaire destiné aux patients.....	115
- Analyse du questionnaire destiné aux parents.....	121
CHAPITRE 3 : DISCUSSION	125
A) Lien entre bégaiement et tabou.....	125
B) L'origine du tabou du bégaiement	131
C) L'enjeu clinique de la suppression du tabou	133
CONCLUSION.....	136

**PARTIE
THEORIQUE**

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La société occidentale actuelle se base de façon affirmée sur l'apparence, où le regard de l'autre revêt une place importante dans l'appréciation de son estime de soi. En effet, l'individu est sans cesse confronté au jugement de l'autre et ceci à plusieurs niveaux. On s'attache à la tenue vestimentaire, au niveau socioculturel, aux critères esthétiques et tout ce qui n'est pas conforme à cette « norme » fait l'objet de commentaires critiques et de préjugés. Dans les situations de communication, l'individu va s'exposer puisqu'il y a relation avec autrui. Nous savons que c'est au travers du regard de l'autre que nous nous construisons, que nous acquérons notre identité et que va se développer notre estime de soi. Et lorsque nos défenses sont fragilisées, il peut y avoir un retentissement sur notre propre image et des conséquences sur notre vie sociale.

Le bégaiement est un trouble de la relation, où l'appréciation revêt une importance particulière. Le bègue, qui se heurte au regard de l'autre, va amplifier les manifestations de son trouble de par l'angoisse qui découle de ce rapport. Il perçoit dans la représentation de l'autre une image dévalorisée, focalisée sur ses troubles d'élocution. De son côté, l'interlocuteur ne perçoit plus que les manifestations du bègue et tout ce qu'il met en place pour se sortir du bégayage.

Ce scénario est traumatisant pour les deux individus = scénario d'effort où chacun cherche ce qu'il doit faire. L'objet référentiel devient le bégaiement et plus le contenu du discours.

Il semble ainsi exister, entre les bègues et leurs interlocuteurs, un espace imaginaire où toute référence au bégaiement est proscrite, afin de préserver de l'inconcevable : sa verbalisation.

Notre étude soulève la question de cette cristallisation qui s'opère autour du bégaiement. Notre objectif vise à faire le lien entre le tabou (et ses acceptions) et le bégaiement afin de mettre en évidence que le bégaiement fait partie intégrante des tabous de notre société actuelle.

Pour répondre à cette étude, nous traiterons dans une première partie des origines du mot tabou, de ses acceptions qui ont évolué avec le temps grâce aux littératures et études élaborées à ce sujet.

Nous traiterons également le bégaiement, et plus particulièrement les causes qui peuvent être éventuellement à l'origine de ce tabou. Enfin, nous expliciterons le concept de l'estime de soi et les conséquences du bégaiement sur cette dernière.

Dans la deuxième partie, le protocole de recherche nous apportera une information quant à la perception que les individus ont sur le tabou du bégaiement. Il se compose de trois questionnaires distincts. Un questionnaire sera proposé aux personnes bègues, un autre aux parents d'enfants n'étant pas en âge de répondre au questionnaire et enfin, le dernier sera destiné aux orthophonistes qui ont eu l'occasion d'avoir des patients bègues en rééducation.

La troisième partie portera sur l'analyse des résultats pour finir sur une discussion autour des informations recueillies.

CHAPITRE 1 : TABOU

A. Origines du mot tabou

Bien que le mot de *tabou* commence, depuis quelques années, à pénétrer dans le langage de la conversation, le premier qui ait exposé la question dans son ensemble est le professeur Frazer, dans un excellent article de l'*Encyclopaedia Britannica*.

Le mot « tabou » a été emprunté au vocabulaire des langues polynésiennes par le célèbre navigateur James Cook, lors de son passage aux îles Hawaii (1778). Mais le récit de son troisième voyage ne parut qu'en 1884. Auparavant, une expédition russo-allemande, conduite par Von Krusenstern, en 1802 avait mentionné la présence de trois tabous sur l'île de Nuku-Hiva. D'autre part, Freycinet, qui accompagnait Kotzebue en 1817, décrit le tabou comme « une institution à la fois civile et religieuse » qui signifie « prohibé ou défendu ». Cook complétera ces données en disant que le mot « s'applique à toutes choses qu'il est interdit de toucher ».

Ainsi les voyageurs ont-ils été frappés par la force et par le nombre des interdits qu'ils rencontraient et qu'ils étaient souvent eux-mêmes contraints d'observer. Selon S. Freud (1) : « plus étonnant était pour eux le fait que ce mot servît à désigner une variété infinie d'interdits allant du domaine réputé religieux aux domaines profanes. »

Le terme est commun aux divers dialectes polynésiens et dérive peut-être de *ta* « marquer » et *pu*, adverbe d'intensité. Le mot tabou représente deux significations distinctes : d'un côté celle de sacré, de l'autre celle d'inquiétant, de dangereux, d'interdit, d'impur. En polynésien le contraire de tabou se dit « noa », ce qui signifie ordinaire, accessible à tout le monde.

A cause de l'ambivalence du mot « tabou », S. Freud (1) lui attribuait le terme de « terreur sacrée ».

A la différence des restrictions morales qui se présentent comme nécessaires, et pourvues des raisons à cette nécessité, celles générées par le tabou s'imposent d'elles-mêmes, elles ne se fondent sur aucune raison, ne sont pas explicables et sont vécues comme quelque chose de naturel. C'est un interdit arbitraire.

Quelquefois *tabou* signifie « consacré comme par un vœu ». Des chefs qui retracent leur généalogie jusqu'aux dieux sont dits *arii tabu* « chefs sacrés » et un temple est dit *wahi tabu* « place sacrée ».

Wundt dans « *Mythus and religion* » dit que le tabou représente : « le code non-écrit le plus ancien de l'humanité et qu'il serait apparu bien avant toute religion. »

Je citerai un extrait de l'article « *taboo* » de l'*Encyclopaedia Britannica*, article rédigé par l'anthropologiste Northcote W. Thomas : « rigoureusement parlant, tabou comprend dans sa désignation le caractère sacré (ou impur) de personnes ou choses, le mode de limitation qui découle de ce caractère, les conséquences sacrées (ou impures) qui résultent de la violation de cette interdiction ».

B. L'origine des tabous

Selon S. Reinach (14), d'un point de vue théorique, l'homme n'est limité que par sa force physique. Il peut manger ce que bon lui semble, tuer la faune et la flore se trouvant sur son chemin, contrôler la nature. L'être humain est constamment poussé par ses propres pulsions et passions, il ne se trouvera en échec que devant une force qui est supérieure à la sienne; il est donc réprimé par des énergies qui viennent de l'extérieur.

D'un point de vue pratique, cette liberté d'action doit être tout de même nuancée ; en effet, aussi loin que nous pouvons remonter, l'homme subit également, à côté de ces contraintes extérieures, des limites qui sont aussi intérieures. Ces contraintes prennent la forme de scrupules ou de craintes, évoluant avec le temps ; on les retrouve aujourd'hui sous le nom de lois morales, lois politiques ou encore lois religieuses. Ces lois exercent ainsi une forme de restriction sur l'action de l'homme dans la société.

A l'époque des sociétés primitives, ces lois n'existaient pas encore, mais l'homme se retrouvait tout de même confronté à d'autres formes de restrictions, dont l'ensemble constitue ce qu'on appelle le système des tabous. Le tabou impose une limite à l'homme, sur les choses à ne pas toucher, à ne pas manger, les endroits prohibés etc. Ainsi,

contrairement aux diverses lois que nous connaissons, la loi du tabou prescrit l'abstention, c'est un frein et non un stimulant.

Au-delà de peurs, telles que les morsures de serpent, le primitif craignait surtout la maladie et la mort, châtiments qui leur étaient donnés par des divinités selon leurs croyances. Le principe général du tabou est, par extension, la crainte du danger.

Selon S. Reinach (14) : « La mémoire de l'homme primitif, en lui rappelant ses actes passés, devait lui suggérer l'explication des maux qui venaient le frapper, sans qu'il en sût démêler la cause réelle ». Il se forma alors dans les sociétés de multiples constatations sur les actes et leurs conséquences. Le tabou était essentiellement une observance religieuse ; il était imposé par diverses personnes ; en général, par des gens dont le statut était important au sein de la tribu. Par exemple, à Hawaïi, il ne pouvait être imposé que par les prêtres alors qu'en Polynésie, le tabou pouvait être donné par les rois, les chefs et d'autres personnes. La rigueur avec laquelle le tabou était respecté dépendait de l'influence de ceux qui l'imposaient.

On retrouve plusieurs caractéristiques dans le concept du tabou. Celui-ci pouvait être général ou particulier, permanent ou temporaire.

Le tabou général pouvait s'appliquer à toute une catégorie d'animaux ; à la différence du tabou particulier qui sévissait sur un ou plusieurs individus d'une même classe. Leur nom, leur domicile, leur famille et tout ce qui constituait leur propriété était également tabou. Ils avaient aussi le pouvoir de désigner des choses extérieures à eux comme taboues, afin d'en tirer des bénéfices. Et, si quelque chose portait le nom d'un roi tabou par exemple, celui-ci disparaissait automatiquement du langage courant. De ce fait, la langue connut des transformations considérables par le biais du tabou.

Certaines variétés de nourriture étaient frappées du tabou permanent ; en l'occurrence, elles étaient, dans la majorité des cas, interdites aux femmes. Ainsi, à Hawaïi, la chair de porc leur était défendue.

La durée ordinaire du tabou était de quarante jours. Mais parfois, le tabou infligé aux diverses nourritures, aux lieux ou aux choses frappait durant quelques mois.

S. Reinach (14) explique que le tabou était commun ou strict dans les sociétés primitives polynésiennes. S'il était commun, les individus avaient juste pour obligation de s'abstenir

de leurs occupations et faire des prières à divers moments de la journée. Quand il était strict, toute lumière devait être éteinte, aucun canot ne devait être mis à la mer et personne ne devait circuler sur l'île ni même les animaux. Pour empêcher leurs bruits, on liait leur bouche et on leur bandait les yeux.

Le tabou était annoncé, soit par l'exposition de certains signes comme un bouquet sur un poteau ou une étoffe blanche sur les endroits taboués, soit par une proclamation.

On relève également des tabous de circonstance. Ces tabous résultent des états des individus de la tribu ; ainsi une personne malade était tabouée et déplacée loin des habitations. Et si elle mourrait dans cette case, cette dernière devenait également taboue.

La durée de la période du tabou variait selon les circonstances. Si un chef touchait un autre chef mort, celui-ci se retrouvait taboué pendant trois à cinq mois ; ou encore, aux Marquises, un homme qui tuait un ennemi était tabou pour dix jours.

Durant ces périodes, les personnes frappées du tabou devaient respecter des règles de vie très contraignantes. Certains ne devaient pas se servir de leurs mains pour se nourrir. Ainsi, soit une de leurs femmes les nourrissait en ramassant la nourriture avec une branche de fougère, soit ils attrapaient la nourriture directement avec la bouche, les mains croisées derrière le dos. Cela se faisait de cette sorte car le tabou pouvait se transmettre facilement par contagion.

[a\) La transmission](#)

Pour S. Reinach (14), L'homme primitif pensait qu'un objet dangereux était dangereux par le toucher. C'est à partir de cette idée que s'est développé le concept de la transmission : la crainte était le danger que pouvait provoquer le contact. En effet, les civilisations polynésiennes pensaient qu'une force dangereuse pouvait passer d'un corps à un autre par le toucher, comme une piqûre de serpent par exemple.

Cette notion de transmissibilité a fait naître la possibilité de l'écarter par des actes cérémonieux.

Celle-ci s'appliquait aux rois et aux reines de Tahiti. Durant leurs voyages, ils étaient transportés par des hommes afin qu'ils ne touchassent pas le sol et que ce dernier ne devint pas tabou.

Ailleurs, en Nouvelle-Zélande, si une goutte de sang d'un roi tombait sur un objet, il devenait lui-même tabou, c'est-à-dire qu'il devenait sa propriété ; s'il soufflait sur le feu, le feu devenait également tabou et ne pouvait plus servir à faire la cuisine.

M. Paperman (34) évoque qu'un enfant avait été déscolarisé par ses parents lorsque l'institutrice leur avait parlé du bégaiement de leur enfant. Cette dernière était devenue taboue.

b) La punition des violations

Dans les sociétés primitives polynésiennes, S. Reinach (14) expose la sévérité avec laquelle le système des tabous était respecté, provenait de la terreur que pouvait engendrer sa violation. Le principe du tabou n'était pas de punir l'homme pour les fautes commises; il n'était pas une sanction sociale mais la punition découlait de sa violation.

Cette violation, même involontaire, exposait l'individu à la mort. Elle était punie sévèrement puisqu'elle exposait également la tribu à une sorte de contagion et ainsi à la colère des dieux. Il fallait sévir pour apaiser les divinités irritées.

Ces sanctions n'ont pas existé dès la naissance du tabou mais ont été mises en vigueur progressivement, à cause de violations répétées, notant la perte progressive de la crainte de la transgression. La rigueur des peines s'est toutefois atténuée avec l'évolution des civilisations.

Les pénalités étaient d'ordre religieux ou civil. Les peines religieuses étaient infligées par les divinités en colère et se traduisaient sous forme de maladies qui entraînaient irrévocablement la mort. Le coupable gonflait et mourrait, croyant que l'esprit s'était introduit dans son corps pour manger ses organes vitaux.

Dans le cas de personnes ayant transgressé de façon involontaire un tabou, les chefs ou les prêtres pouvaient accomplir des cérémonies magiques qui le protégeaient de la punition.

Les pénalités civiles étaient diverses ; dans certaines sociétés, comme à Hawaï, des policiers étaient mis à disposition afin de faire respecter les tabous et punir par la mort ceux qui les transgressaient. A moins que cette personne n'eût des relations haut placées qui le relaxeraient.

Dans d'autres civilisations, comme aux Fidji ou en Nouvelle-Zélande, le châtement était plus clément. Il se traduisait par une privation des biens. De par ces coutumes, les propriétés changeaient facilement de propriétaire.

En Australie du sud, dans la tribu des Dieri, si un enfant était victime d'un accident, ses parents étaient alors battus à coups de bâtons et de boomerang jusqu'à que le sang coule sur leur tête.

De façon plus générale, on observe des sentiments de culpabilité, des réactions somatiques spectaculaires et dramatiques, la mort par effroi, des sentiments de honte et des manifestations neuro-végétatives.

c) Les cérémonies

Pour contrebalancer la violation du tabou, les cérémonies étaient diverses. S. Reinach (14) relate qu'à Tonga, les personnes ayant touché quelque chose de tabou ne pouvaient se nourrir avec leurs mains, tant qu'elles n'avaient pas touché les pieds de leur chef supérieur de leurs mains en les lavant ensuite.

Et si un homme ne prenait conscience qu'après coup, qu'il s'était nourri avec des mains tabouées, il ne lui restait plus qu'à prendre les pieds d'un chef et les presser contre son ventre pour annihiler la dangerosité de ce qu'il avait avalé.

En Nouvelle-Zélande, un tabou pouvait être levé par un petit enfant. Il suffisait de le toucher et de prendre de ses mains de la nourriture ou de l'eau pour s'abolir du tabou; l'enfant, quant à lui, devenait tabou pour le reste de la journée.

On pouvait également utiliser une pièce de bois consacrée et la faire glisser sur des parties du corps déterminées afin de dissiper le tabou. Le bois ayant servi à cela était ensuite brisé, brûlé ou jeté à la mer.

En dehors de ces tabous, d'autres pouvaient être mis en place par n'importe quelle personne de la tribu. Ainsi, si un homme voulait obtenir la propriété d'un objet, d'un emplacement ou autre, il les rendait tabou en les marquant de quelque chose de particulier.

C. La différence entre tabou et interdit

Bien qu'aujourd'hui la différence entre la notion du mot tabou et celle de l'interdit ne soit plus aussi flagrante, il reste important de mentionner les points sur lesquels ces deux items diffèrent.

L'interdit provient du terme étymologique « l'entre dire », datant du 12^{ème} siècle et impliquant la parole échangée, la communication verbale, orale ou écrite permettant la circulation de dits et d'édits entre individus dotés de raison.

Rappelons que tabou a une double signification : le sacré et l'impur.

Si la différence entre ces deux termes semble le plus souvent floue, il semble que ces deux notions ne se développent pas dans les mêmes zones psychiques.

Le tabou est lié à l'ambivalence des sentiments, au conflit pulsionnel tandis que l'interdit a une fonction structurante dans son statut métapsychologique, qui aboutit aux conceptualisations du surmoi, comme héritier du complexe d'œdipe, comme identification au surmoi parental, comme intériorisation des interdits nécessaires.

La différence entre ces deux termes relève de deux registres de l'altérité. D'une part, la limite entre l'humain et l'au-delà, de l'autre, ce qui organise le rapport du sujet à son semblable. Le tabou est la représentation des volontés prêtées aux dieux, c'est une construction mythique qui devient psychique et intervient également dans la construction

du surmoi mais de façon différente par rapport à l'interdit. L'interdit englobe les assignations et les délimitations créées par l'homme et pour l'homme, soucieux de se démarquer de la pulsionnalité attribuée à la bête. Il s'agit de faire advenir le « moi » là où était le « ça ».

Il permettrait donc de contenir et d'organiser la pulsionnalité de l'homme.

Par exemple, il y a trois interdits fondamentaux qu'évoque Freud dans « l'avenir d'une illusion » : inceste, cannibalisme, meurtre ; ces derniers permettant la sauvegarde de l'espèce. A la différence, les motifs du tabou sont obscurs et insidieux. Pour S. Freud (1), le tabou s'oppose à ce qui est ordinaire et accessible. Il se manifeste effectivement par des interdits et restrictions mais ces limitations se révèlent autre chose que les interdits religieux ou moraux. Elles ne sont pas rapportées au commandement d'un dieu, mais de fait, c'est d'elles-mêmes qu'elles interdisent. Elles sont privées de fondement, incompréhensibles à l'extérieur et vont de soi pour ceux qui se trouvent sous leur domination.

S. Freud (1) a fait une analogie avec la névrose obsessionnelle. Il décrit les névrosées comme étant des personnes qui se sont créés des interdits qui s'imposent comme des tabous. En effet, il y aurait une concordance puisque les interdits sont immotivés et énigmatiques au sujet de leur provenance. Ils sont respectés par suite d'une angoisse avec la menace perpétuelle que leur transgression conduirait à un malheur.

Dans l'interdit, il n'y a pas d'arbitraire, ni de force contagieuse et dangereuse. L'interdit capital dans la névrose comme dans le tabou des peuples est celui du toucher, du contact. L'histoire clinique et le mécanisme psychique des maladies de contrainte sont connus de la psychanalyse : un fort désir-plaisir de toucher, arrêté par un interdit externe, plus puissant alors que la pulsion refoulée. Chez l'individu, ceci se traduit par un renoncement et des rituels de lavage qui font office de purification.

On pourrait désigner les tabous comme des interdits concernant des activités pour lesquelles les hommes ont une forte inclination.

Les interdits de tabou les plus anciens et importants sont : ne pas tuer l'animal totem et éviter le commerce sexuel avec les compagnons totémiques de l'autre sexe. Ceci relevait des plus anciens et plus forts désirs de l'homme.

La double signification du tabou revient : il désigne une certaine ambivalence et tout ce qui est développé sur le terrain de l'ambivalence.

Un courant de désir est sous-jacent puisque ce que personne ne désire faire n'a pas besoin d'être interdit. La sanction sociale devient la prévention de la tentation. Et le sacrilège ou la transgression serait une menace pour la société.

Par exemple, Cook a été assassiné car il était devenu « tapu » (tabou). Ses marins avaient pris une boisson sacrée pour combustible. Il fallait sacrifier celui qui risquait de déclencher les foudres du ciel.

L'interdit a un projet, constitution d'une fonction contenante et structurante, obéissant aux impératifs du surmoi. Le tabou, lui, n'a pas de projet constructif, n'a pas de communication horizontale ni de paroles échangées entre partenaires.

Par l'évolution de la société, cette frontière entre ces deux notions est devenue floue avec une surface poreuse. On utilise même parfois un concept pour un autre.

A une certaine époque, le rire était interdit, dû à son aspect inconvenant provoqué par la grimace, qui était assimilée à un débridement bestial, une inquiétante étrangeté. Selon Bossuet, c'était la manifestation émotionnelle et pulsionnelle du désir qui était réprimée.

L'interdit a donc pour but de faire barrage à la désorganisation psychique, afin d'éviter le retour à l'affrontement pulsionnel, précurseur de l'auto destructivité.

Le tabou, quant à lui, serait l'héritage d'une blessure narcissique, d'un constat d'impuissance face aux forces démesurées de la nature.

La pensée évoluant, il arrive que le tabou ne s'inscrive plus dans le sacré menaçant d'où il tire ses origines, sa dangerosité, se désamorçant et le ramenant au rôle d'interdit, gardien d'une tradition respectueuse d'un passé révolu. De son côté, un interdit peut se tabouiser, perdant ainsi ses racines concrètes. Les interdits et les prescriptions constituent

dans le début de son existence les contraintes nécessaires exercées sur l'enfant pour sa vie et sa survie. La notion taboue n'intégrera son psychisme que plus tard, héritage socio-anthropologique répondant à une nécessité ne s'enracinant pas dans les mêmes zones que l'interdit.

D. Les formes d'interdits

Avec l'apparition du monothéisme, une forme d'interdit apparentée au tabou va apparaître ; c'est celui de la représentation iconographique de Dieu et des objets de la création. Cet interdit est à l'origine de trois religions monothéistes mais il est encore très vivace dans la religion islamique.

Nous avons également assisté ces dernières années à un phénomène exceptionnel : la fin du tabou de l'inceste. De ce tabou, il ne reste plus que son interdit.

E. Les tabous de notre société

Chaque religion énumère des préceptes de vie que les fidèles se doivent de suivre. De fait, l'individu ne peut y déroger sous peine d'exclusion. Par exemple, oser dire que la religion est une invention humaine et qu'aucune ne peut revendiquer l'exactitude des propos de ses prophètes, est déjà enfreindre un tabou pour tout un pan de notre société.

Après plusieurs recherches, nous pouvons constater que maints et maints écrits font état de nombreux tabous gravitant autour de la gent féminine. Les croyances populaires, souvent alimentées par la morale religieuse, ont notamment fait du cycle menstruel des femmes un sujet dont il ne fallait pas parler et dont découlent des interdits ou des croyances.

Dans les sociétés primitives, les femmes étaient toujours plus ou moins *taboues*. Elles l'étaient à un degré éminent lors de la crise de la puberté et au moment des règles. On isolait alors les jeunes filles, le plus complètement que l'on pouvait.

Pour S. Reinach (14) : « Cette pratique barbare se retrouve dans les continents les plus divers, en Asie, en Afrique, en Océanie... Chez les habitants du Loango, les jeunes filles, à la première manifestation de la puberté, étaient confinées dans des cabanes séparées et il leur était défendu de toucher le sol avec une partie découverte de leur corps ». En Nouvelle-Zélande, on les portait sur une plate-forme de bambous à plusieurs mètres au-dessus de la terre ; En Guyane, on les hissait dans un hamac au point le plus élevé de la maison.

Au moment des règles, une femme n'était pas seulement taboue, elle devait aussi vivre à part et éviter même un contact indirect. Ainsi, en Australie, personne ne pouvait manger des aliments qu'elle avait touchés ; les hommes ne devaient même pas poser le pied sur les traces que les femmes auraient pu laisser sur le chemin. Dans le Zend-Avesta et dans le Lévitique, on trouve des survivances de cette rigoureuse réclusion.

Des pratiques analogues se constataient lors de l'accouchement. Ici encore, la législation mosaïque vient porter témoignage ; d'après le Lévitique, la séquestration de la mère durait quarante ou quatre-vingts jours, suivant le sexe de l'enfant.

Évidemment, le tabou de la femme tendit à se généraliser ; d'où la séparation plus ou moins complète des sexes dans les sociétés primitives.

Pour M. Durkheim, l'origine de cette « mise en quarantaine réciproque » est le *tabou du sang* ; il s'agit ici du sang menstruel et de celui que perdent les parturientes. Mais pourquoi ce *tabou* ? C'est que, dans l'idée des primitifs, le sang contient un principe spirituel, l'âme du vivant ; c'était l'opinion des Juifs, des Romains et des Arabes. Le *totem*, ancêtre du clan, réside dans le sang de chaque individu du clan : « c'est à la lettre que les membres du clan se considèrent comme formant un seul sang ». Une alliance sanglante, le *blood-covenant*, permet d'introduire un étranger dans un clan, de l'y naturaliser. Quand le sang s'écoule, c'est l'être totémique, c'est un dieu qui se répand ; donc le sang est chose divine ; donc il doit être *tabou*, retiré du commerce vulgaire et de

la circulation, et cette idée entraîne forcément la « mise en quarantaine » de la femme dans les circonstances que nous avons rappelées.

Selon M.C. Durieux, F. Nayrou et H. Parat (7), il est encore tabou de parler de la ménopause chez une femme. En effet, dans notre société qui prône le jeunisme à tout va, il est de mauvais ton de montrer à nu cette « dégénérescence » naturelle.

Il en va de même pour les maladies ; or, si la maladie est une chose « naturelle », il vaut mieux cacher son cancer pour ne pas être mis au ban de la société de consommation. Le sida est encore plus tabou que le cancer puisqu'il touche essentiellement à la sexualité.

Le dénominateur commun au cancer, au sida, au handicap, c'est la dégénérescence, voire la déchéance de notre propre corps. Or, quoi de plus tabou que notre décrépitude ?

Un autre tabou, touchant l'intimité humaine, est celui du choix de son identité sexuelle. Ce souhait est encore perçu comme une aberration dans notre société. Le transsexualisme est une réalité qui semble nouvelle, pourtant elle est un fait de tous les temps.

F. La représentation du bégaiement en Afrique

A-M. Simon (33), a relaté qu'en Ouganda, dans l'un des pays d'Afrique, les enfants bègues étaient rejetés et battus. Dans ce pays, lorsque l'enfant n'a pas résolu son bégaiement à 7 ans, il est étouffé rituellement car sa mort doit contenter et réconcilier les esprits avec sa famille. (Enquête sur pratique traditionnelle contre le bégaiement)

Selon A.M. Simon (33) : « la valeur métaphorique de nos convictions ne nous renvoie-t-elle pas à nos propres convictions sur le défaut de mentalisation de la personne bègue adulte, à savoir que ces pratiques porteraient en elles la possibilité pour un sujet souffrant du bégaiement d'établir un pont entre son monde à lui (exprimé par son bégaiement) et celui de ses ancêtres et divinités auquel il est rattaché par son nom ? »

L'imaginaire proposé et porté par ces pratiques permettrait un dialogue intérieur entre soi et le monde des esprits.

Dans certains pays d'Afrique, la religion attribue une âme ou une force vitale à toute chose, que ce soit une plante, un objet ou un animal : l'âme existant indépendamment de la chose. Cette force vitale circule entre tous les éléments de l'univers : la nature, les êtres humains et le sacré. La vision qu'ont les africains au sujet du bégaiement est empreinte d'animisme. Le bégaiement est œuvre de sorcellerie, résultat d'une transgression ou de la colère d'un dieu offensé. Il est objet de superstitions. La personne bègue est considérée comme maudite et elle peut être exclue de sa communauté.

G. Des sociétés sans tabou

Notons qu'il y a des personnes bègues dont on ne se moque pas, dont on ne rit pas. Ce sont tout simplement des personnes qui, au lieu de s'efforcer à cacher leur handicap, admettent sans hésitation son évidence. Ce sont des personnes qui ont appris à vivre ouvertement leur bégaiement, tant bien que mal, en luttant directement contre lui, sans doute, mais sans essayer de le dissimuler.

En s'intéressant à ce qui se passe aux Etats-Unis, on retrouve dans le dépliant édité par la SFA : Stuttering Foundation of America, des personnalités comme Marilyn Monroe, Winston Churchill mais aussi des vedettes sportives, hommes politiques, acteurs de séries télévisées, écrivains, chanteurs... Tout un panel de personnalités auxquelles tout à chacun est à même de s'identifier.

Sur le site internet : Stuttering Foundation, on trouve une liste d'une centaine de noms de célébrités bègues. L'acceptation du bégaiement aux Etats-Unis est beaucoup plus avancée qu'elle ne l'est en France ; Tiger Woods, reconnu pour ses exploits au golf explique facilement lors d'une interview, les souffrances qu'il a vécues durant son enfance, à cause du bégaiement et comment il en est venu à bout. Cette acceptation du bégaiement s'est d'autant plus révélée avec l'arrivée à la vice-présidence des Etats-Unis d'un ancien bègue : Joe Biden.

En 2008, il est l'invité d'honneur du gala de charité organisé au profit de « l'American Institute for Stuttering », une association créée par Catherine Otto Montgomery dans le but

de promouvoir les thérapies pour les enfants et adultes bègues. Il y explique sa souffrance mais aussi les bénéfices et les valeurs qu'il a retirés de sa lutte contre le bégaiement.

Barack Obama fait valoir le bégaiement surmonté comme une démonstration supplémentaire de force de caractère de son vis-à-vis président. Cet éclairage montre que, malgré une évolution, le bégaiement reste un sujet tabou en France. Mais les exemples en provenance des Etats-Unis montrent que cela est parfaitement possible.

H. Définitions contemporaines

On est amené à distinguer deux grandes classes de tabous : les tabous de privilège et les tabous d'incapacité. Le tabou des prêtres, des chefs, des temples était considéré comme un privilège et rendait les choses ou les personnes sacrées. Tandis que les personnes malades ou les morts étaient frappés d'une incapacité et considérés comme impurs.

En fait, les caractères les plus significatifs du tabou : la défense de manger certains aliments, les incapacités causées par l'accouchement et par le contact avec les morts, ainsi qu'une foule de cérémonies pour écarter ces incapacités, ont été signalés plus ou moins parmi tous les peuples primitifs.

Pour résumer, nous pourrions dire que le tabou est une série de restrictions auxquelles les peuples se soumettent de façon naturelle sans qu'il y ait forcément d'explication, et dont la violation engendrerait un lourd châtement.

N'étant dans les sociétés primitives que la crainte, objectivée, d'une force démoniaque le tabou devint progressivement une puissance plus indépendante et distincte du démonisme. Il finit par être une restriction imposée par la tradition et les coutumes mais la signification reste la même : éviter la colère des démons.

S. Freud (1) met en avant le caractère à la fois sacré et impur du tabou, et de ce fait son caractère démoniaque. Plus tardivement sous l'opération de conditions nouvelles s'est réalisée cette différenciation qui a créé une opposition entre les deux domaines.

Le premier *tabou* de l'humanité est le tabou de l'endogamie : interdiction d'avoir des relations sexuelles avec sa parentèle. Il évoluera ensuite en tabou de l'inceste avec la

complexification des sociétés humaines consécutives à son application. Ce tabou de l'inceste, issu des groupes tribaux et fondé aujourd'hui sur des lois de la génétique, est devenu un interdit. En effet, aujourd'hui on parle de l'interdiction de l'inceste, en parler n'est plus tabou. Il est interdit des mariages, ou simplement des unions entre personnes ayant des liens de consanguinité. Il est à noter que cet interdit n'est pas spécifique de l'espèce humaine, il a été retrouvé dans le monde animal, en particulier chez les deux espèces de chimpanzé.

Avec l'affaiblissement ou la disparition des interdits sexuels qui concernent des pratiques consenties ou des personnes consentantes, les tabous sexuels ont massivement disparu, puisqu'à partir du moment où ils sont évoqués, ils ne sont plus tabous mais deviennent des interdits.

Aujourd'hui, le tabou est passé dans la langue courante et ne se limite plus seulement aux faits religieux mais aussi aux faits militaires ou de justice, voire culinaires. Par exemple, évoquer l'affaire Dreyfus a été très longtemps tabou dans la société française.

Par extension, le terme *tabou* désigne, dans son acception la plus générale, un sujet qu'il est préférable de ne pas évoquer si l'on veut respecter les codes de la bienséance d'une société donnée. Par exemple en Occident, la sexualité, la drogue, les excréments et l'inceste sont autant de sujets tabous.

« 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 formuler. » de M. Paperman (34).

Selon M. Paperman (34) : « Le tabou est un interdit de dire qui pose un problème car, par nature informulable, s'il est formulé, il perd son caractère tabou ; c'est un signifié annihilé par son propre signifiant. (...) C'est un interdit qui devient loi dans le sens psychique. On ne le perçoit pas mais il produit ses effets organisateurs et permet une cohésion de la société. Ceux qui ne s'y soumettent pas en sont exclus (et deviennent eux-mêmes tabous) »

Il y a également tabou quand la transgression provoque des effets démesurés sur une personne.

On retrouve d'autres définitions, dans le Dictionnaire Le Larousse et Le Dictionnaire.com, comme : « dont [on ne doit pas parler, par crainte ou par pudeur](#).. »

« chose interdite par une croyance; chose occultée pour des raisons sociales. »

« chose occultée de peur d'aller contre un principe, une morale d'une société. »

« [Interdit à caractère religieux](#) »

Nous retrouvons comme synonymes : brûlant, interdit, prohibé.

Par extension, ce terme désigne un sujet qui dérange et dont on évite de parler.

Le mot interdit peut être confondu avec le mot tabou bien qu'ils ne signifient pas la même chose.

CHAPITRE 2 : LE BEGAIEMENT

A. Définitions

Le bégaiement est un trouble fréquent mais c'est pourtant un phénomène étrange qui déclenche généralement un sentiment de gêne quand on le découvre chez quelqu'un. Il paraît si simple de parler que nous avons du mal à comprendre pourquoi pour certains, il est si difficile d'expulser les mots, conférant à leur discours un aspect à la fois tragique et comique.

Le bégaiement peut être spectaculaire mais aussi discret, se traduisant alors par une impression de malaise intérieur qui transparait à regret sur le visage du sujet et qui tourne à la panique quand celui-ci s'aperçoit que vous avez compris qu'il était bègue, comme s'il en était coupable, reconnaissant ainsi le bégaiement comme quelque chose de honteux.

On reconnaît la souffrance qui, le plus souvent, se cache derrière cette chose inacceptable qu'est le bégaiement.

Le bégaiement est un trouble complexe, dont la connaissance n'a fait qu'évoluer au cours de ces vingt dernières années; de nouvelles hypothèses sont venues enrichir les anciennes conceptions. Dans les définitions classiques, le bégaiement se définit comme un trouble du rythme de la parole. Le mot « fluence » vient du mot latin « fluere » qui signifie s'écouler.

Aujourd'hui, le bégaiement ne se résume plus à cet aspect là seulement ; le DSM IV, manuel diagnostique et statistique américain de psychiatrie, le classe dans les troubles de la communication et définit le bégaiement comme étant une perturbation de la fluence normale et du rythme de la parole caractérisée par la survenue fréquente d'une ou de plusieurs des manifestations suivantes: répétitions de sons et de syllabes, prolongations de sons, interjections, interruptions de mots, blocages audibles ou silencieux, tension physique excessive au cours de la production de certains mots.

Ce manuel précise dans sa définition, que la perturbation de la fluence de la parole interfère avec la réussite scolaire ou professionnelle ou avec la communication sociale.

A. Van Hout et F. Estienne (2) précisent que le bégaiement altère le débit de la parole aussi par l'apparition de pauses dont la durée est inappropriée et anormale.

Mais le bégaiement ne se manifeste qu'en présence d'un interlocuteur; en effet comme le souligne M.C Monfrais-Pfauwadel (17) : « pour bégayer il faut être deux. Le sujet bègue ne bégaiera pas s'il parle seul et si le rythme de la parole est tracé et imposé : ce sera parfois le cas de la lecture, de la répétition ou du chant qui se trouvent être des situations où l'organisation temporelle a été dictée par une autre personne. »

C'est pourquoi le bégaiement peut réellement se définir comme un trouble de la communication puisqu'il n'apparaît que dans une situation d'échange et de relation à autrui.

Le bégaiement altère l'écoulement de la parole par une accumulation d'accrocs articulatoires et vocaux qui, comme l'expliquent A. Van Hout et F. Estienne (2), sont totalement imprévisibles pour le locuteur.

Il en résulte une gêne, à la fois pour celui qui s'exprime mais aussi pour celui qui écoute, le discours du locuteur étant totalement désarticulé, au point de parasiter les alternances de silences et de sons autour desquels s'organise le sens.

Le bégaiement s'inscrit dans le cadre de la pathologie de la relation; en effet, un bégaiement, cela se voit autant que cela s'entend. Plusieurs comportements dits « accompagnateurs » vont être le reflet de la lutte et de l'effort liés au bégaiement. Et ces mouvements, comme le clignement des yeux, la dilatation des narines, le rejet de la tête en arrière, la perte du contact visuel, dont la personne bègue n'aura pas conscience la plupart du temps, ne passeront pas inaperçus pour l'interlocuteur en prise à deux alternatives: écouter l'échange, ou, au contraire, déployer une attention supplémentaire pour demeurer partenaire de l'échange.

Mais il est difficile de donner une seule définition du bégaiement, tant ses manifestations et les complications relationnelles qu'il engendre apparaissent multiples et variées d'un individu à l'autre; car, il faut bien comprendre qu'il n'existe pas un bégaiement mais DES BEGAIEMENTS et que, sous ce terme commun se cachent des souffrances, dont les origines et les conséquences sont parfois complexes et très diverses.

B. Les facteurs intervenant dans la genèse du bégaiement:

De nombreuses hypothèses sont nées du travail de la recherche afin de déterminer une ou des causes à l'apparition du bégaiement. Certains auteurs lui ont attribué une cause organique, en faisant référence à une dysfonction des organes producteurs de la parole. D'autres l'ont rattaché à une défaillance du système psychosomatique. Pour N. Fabre, le bégaiement s'inscrit dans une problématique en prise sur l'inconscient. Des études ont également été menées afin de rechercher un lien entre facteur génétique et apparition du bégaiement; pour M.C Monfrais-Pfauwadel (17), beaucoup de paramètres vont entrer en jeu pour qu'un enfant à risque de bégayer développe un bégaiement, l'évolution dans un terrain à risque génétique se trouvant sous la dépendance de facteurs, aussi bien psychiques que sociaux ou environnementaux.

Enfin, le bégaiement a parfois été rattaché à un facteur linguistique, comme le montraient les écrits de C. Dinville (10), en 1986. Le bégaiement apparaissait comme une désorganisation entre pensée et langage, un *afflux* verbal trop important, rendant une organisation des idées et donc de la parole impossible.

Mais aujourd'hui, il existe plutôt un consensus qui considère que la coordination de plusieurs facteurs est nécessaire pour que se produise un bégaiement et que ce bégaiement n'apparaîtra que si ces facteurs sont présents. Il s'agit de tous les facteurs constitutionnels à l'enfant (latéralisation hémisphérique, processus auditifs centraux, génétiques...) mais aussi tous les facteurs liés au développement de l'enfant, aussi bien en ce qui concerne le développement linguistique que cognitif, ainsi que tous les événements de la vie quotidienne de l'enfant qui sont porteurs d'angoisse et de souffrance supplémentaire (événements tels qu'un déménagement, une séparation, le traumatisme d'un deuil ...).

On distingue donc des facteurs immuables (génétique, caractère) et d'autres qui sont modifiables (temps de sommeil, exigences linguistiques, communication intrafamiliale...). On va donc privilégier l'étude des facteurs modifiables, ceux qui chronicisent le bégaiement. On est, à l'heure actuelle, convaincu que ces facteurs existent puisque, si on prend en charge un enfant avant 4 ans, le bégaiement est susceptible de cesser, dès lors qu'on agit sur ces facteurs déclenchants.

C'est la combinaison et l'intrication de ces facteurs qui feront apparaître le bégaiement et ce sera la tension qu'ils génèrent qui sera responsable ou non de la chronicisation du trouble.

C. Les bégayages

→ Les répétitions de syllabes

Les répétitions de syllabes sont les accidents les plus connus ; ce sont ceux qui confèrent à certains personnages de théâtre leur caractère comique.

Elles portent sur des phonèmes, des syllabes où la voyelle est un «schwa » (voyelle neutre), de groupe CC (consonne/consonne) ou de syllabe CV (consonne/voyelle), sur des constituants de mots entiers catégorisés selon leur appartenance grammaticale ou sur des constituants de segments de phrases.

Elles sont présentes chez tous les enfants de tous âges, bègues et non-bègues, et se manifestent le plus souvent sur la première syllabe d'unités bisyllabiques.

Selon A. Bensalah (19) : «La différence est dans la modalité prosodique et intonative de leur réalisation : légères modulations et pauses chez les non-bègues alors qu'elles sont précipitées et «mécaniques» chez les bègues ».

De plus, les éléments affectés sont plus courts chez les bègues, portant plus souvent sur des phonèmes, mais ce sont surtout les différences quantitatives qui permettent de les différencier de celles des locuteurs normaux.

Van Riper et Sheehan, cités par A. Van Hout et F. Estienne (2), ont décrit leurs caractéristiques pour un bégaiement installé et sévère:

« Les répétitions ont une durée de 1,6 secondes à environ 3 secondes; le nombre de répétitions pour un élément individuel est en moyenne de 3 à 5; tandis que chez le locuteur normal les répétitions apparaissent pour 71% des mots entiers, pour 12% des parties de mots, chez le bègue, la proportion s'inverse pratiquement, avec 35% de répétitions de mots, 60% de parties de mots dont 83% de syllabes ou de phonèmes, dont 96% de cas pour les sons initiaux; 5% pour la répétition de segment de phrase ».

La répétition de mot monosyllabique est assez fréquente quand il s'agit des pronoms personnels ou de certains mots-outils comme les conjonctions de coordination.

La répétition de phonème fait partie des dysfluences les moins fréquentes. Elle va entraîner une perte d'information pour l'interlocuteur, dans la mesure où elle clive l'unité syllabique, qui est la plus petite unité porteuse de sens. De ce fait, l'interlocuteur va être obligé de reconstruire mentalement le message du locuteur, afin d'essayer de comprendre ce qu'il a bien pu vouloir dire.

On dit qu'il s'agit d'un bégaiement clonique.

→ **Blocages**

Deux types de blocages sont à distinguer: le blocage en posture phonatoire et celui en posture pré-phonatoire : le plus sévère.

~ ***Le blocage en posture phonatoire***

Il consiste en une prolongation, durant laquelle le locuteur est figé durant de longues secondes dans l'acte de réalisation articulatoire. Le mouvement est comme suspendu et une activité musculaire de tétanisation peut s'installer. Cette tétanisation peut entraîner des tremblements localisés ou de petites trémulations des muscles de la sphère oro-faciale, ne participant pas à la réalisation articulatoire. Ces prolongations peuvent aller jusqu'à quatre fois leur durée normale.

~ ***Le blocage en posture pré-phonatoire***

• ***Le coup de glotte***

C'est la libération de l'accumulation d'une forte pression d'air sous-glottique qui, en se libérant, va provoquer une explosion sonore. Les coups de glotte sont la traduction acoustique et phonologique des laryngospasmes. A. Van Hout et F. Estienne (2) les décrivent de la façon suivante: « Ils résultent de la fixation d'un mouvement articulatoire d'occlusion, empêchant tout passage d'air; les consonnes voisées sont parfois émises violemment après une pause où le locuteur tente de forcer le son; lorsqu'ils affectent les voyelles, en position initiale, celles-ci sont répétées; en une autre position, c'est le phonème précédent qui est répété; ils prédominent souvent en début d'émission mais, avec le bégaiement avancé, peuvent survenir aussi à l'intérieur des mots ».

Ce phénomène va donc provoquer une rupture nette dans la parole des sujets bègues.

- ***Les césures asémantiques***

Elles sont provoquées lorsque ces coups de glotte intempestifs surviennent au milieu d'un groupement sémantique ou d'un mot, sans que cette coupure n'ait de sens pour l'interlocuteur.

La phonétique permet de comprendre que c'est souvent toute une classe de phonèmes dont l'articulation est pour lui mise en péril.

→ **Les pauses**

Elles consistent en des discontinuités dans le flux normal du langage. En général, le temps de pause chez les bègues est non signifiant. Leur production, quelle qu'en soit la durée, est non fonctionnelle, inefficace.

Il existe différents types de pauses:

- ~ ***Les pauses voisées***

Elles sont une prolongation d'un phonème ou d'une syllabe apparaissant suite à un blocage laryngé phonatoire.

- ~ ***Les pauses remplies***

Ce sont les onomatopées : « euh, ben, mm, bah... » produites par le locuteur, qui reflètent l'activité cognitive, la construction du discours de ce dernier. Elles se retrouvent davantage devant les mots fonctionnels et à la jonction des segments de phrases.

Les conjonctions d'appui : « là, et puis, comme, que... » en sont une variété. Elles apparaissent rapidement chez l'enfant bègue et lui permettent de se ménager un surcroît de force pour aborder la suite.

Une autre sous-catégorie de ces pauses remplies existe : celle des remarques parenthétiques: « qu'est-ce que je veux dire, j'ai oublié ce que je voulais dire.. » Mais dans ce cas de figure, le sens y est inscrit en parallèle. Cette aptitude au discours sur le discours, ou métadiscours, manque dès l'enfance au sujet bègue.

Quand nous retrouvons des blocages ou des prolongations, c'est le terme de bégaiement tonique qui est employé.

→ **Sidération**

Elle se présente comme une sorte de pause de quelques secondes où l'articulation, la voix, le souffle et le geste paraissent suspendus par une sorte de sidération motrice générale. Le corps tout entier est figé. Ces pauses sont identiques à celle que l'on retrouve lorsque nous sommes pris d'une peur panique.

→ **Les modifications des paramètres prosodiques**

Lors de leurs périodes de parole fluente, les personnes bègues peuvent aussi montrer des anomalies et bizarreries des paramètres prosodiques.

Elles présentent généralement un grand degré d'aprosodie puisque la parole est soumise à un contrôle pour lutter contre les bégayages. Elle perd donc son effet naturel et authentique.

De plus, au moment des accidents de parole, des modifications des paramètres prosodiques sont observables : montée de l'intensité de la voix, accélération du débit ou syllabation marquée.

→ **Les troubles associés**

1. Les syncinésies

Une syncinésie est la diffusion de l'effort de la parole à d'autres muscles que ceux nécessaires à sa production. Elle est signe d'un bégaiement très sévère. Elle est à différencier des tics dont elle n'a pas la même nature, car elle n'apparaît que lors du mouvement phonatoire.

A. Van Hout et F. Estienne (2) les définissent de la sorte: « Ces mouvements, proches des tics, peuvent être tellement violents qu'ils évoqueraient une crise d'épilepsie. »

Elles affectent le plus souvent les muscles de la face (muscle du front, muscle oblique externe de l'oeil). Elles peuvent également prendre l'aspect de mouvement de rejet en arrière de la tête, du tronc et des bras.

Les plus fréquentes sont les clignements des yeux et les mouvements des globes oculaires.

Ces syncinésies engendrent une grande gêne pour l'interlocuteur, dans la mesure où elles dévient l'attention du message parlé.

2. La dilatation des ailes du nez

Ce mouvement se produit dès que le sujet a l'intention de parler et il précède donc l'émission sonore de la parole. Ce réflexe inopportun traduit la participation du système nerveux autonome aux phénomènes de peur de parler, par anticipation.

3. La perte du contact visuel

La perte du contact visuel au moment des bégayages est une des plus grandes entraves à la qualité de communication chez le sujet bègue. Le contact visuel permet de maintenir ouvert un autre canal de communication, notamment en cas d'accidents de parole, pour signifier à l'autre que la suite du discours arrive. Maintenir le contact visuel, c'est se mettre en mesure d'observer sur le visage de l'autre, dans son regard et ses mimiques, l'expression de son vécu intérieur durant l'interaction. C'est donc le meilleur moyen pour évaluer l'impact de notre discours sur l'interlocuteur afin de l'ajuster au mieux.

4. Les rires nerveux

Parfois de petits rires nerveux, sorte de rires d'embarras, peuvent venir entraver l'écoulement du flux verbal chez la personne bègue. Ce comportement est observé, la plupart du temps, chez les adolescents et il fait partie des manifestations physiques de honte.

5. Les stéréotypies verbales ou mots d'appui

Elles consistent en des répétitions involontaires de syllabes, mots, segments de phrases identiques (« là », « donc », « c'est que »...) qui entachent le discours sans apporter de sens et qui en rendent l'intelligibilité difficile. Le locuteur n'en est généralement pas conscient.

6. Les évitements

Afin de paraître moins bègue, le sujet va se mettre à éviter les mots sur lesquels il sait qu'il va bégayer, voire les situations de parole provoquant les bégayages ou à employer

des circonlocutions qui vont rendre son élocution ampoulée et l'éloigner de l'authenticité de sa pensée. En effet, des mots qu'il préfère éviter vont être remplacés par d'autres et le sujet se retrouve alors dans l'incapacité de dire ce qu'il souhaitait.

Ces évitements font partie des attitudes réactionnelles handicapantes.

D. Le bégaiement : handicap social

→ Tendance au repli

Il est difficile pour les bègues de parler au téléphone, de commander un café, de prendre part à une discussion animée. La tentation alors est forte de se réfugier dans une attitude de repli, favorisant une rumination intérieure qui n'arrange pas les choses.

→ Les cognitions négatives

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

Ceci suppose l'origine organique du bégaiement. Ce trouble serait la conséquence d'une maladie des organes de la parole ou d'une faiblesse particulière du cerveau.

✓ *Le bégaiement serait incurable chez l'adulte puisque c'est un trouble d'origine génétique.*

Plus sérieusement si le bégaiement présente un caractère génétique, il ne s'agit au pire que d'une prédisposition.

✓ *« Bégayer serait débile »*

Le bégaiement serait dévalorisant parce qu'il vous ferait passer pour un faible d'esprit ou un malade mental ; le bégaiement est un handicap et il fait souffrir, et malgré cela, il prêche en plus à sourire et même à rire.

✓ ***La forme de la parole compterait plus que le fond***

La personne bègue se préoccupe souvent de la forme de son discours. Pour le parleur ordinaire la forme est secondaire. Un interlocuteur est d'abord un partenaire d'un échange et non un juge.

✓ ***Une parole qui hésite serait inadmissible.***

Cette croyance sous-estime gravement les capacités de l'interlocuteur qui, grâce à son cerveau, n'entend pas seulement des phrases mais une personne qui parle. Au-delà des accidents de parole, il perçoit comment s'est élaborée la pensée qui se dit.

✓ ***Bien parler serait la chose la plus importante du monde.***

Selon cette croyance, il serait impossible de réussir dans la vie si la parole est défectueuse. Il est vrai que l'habileté à parler est importante mais moins essentielle que l'habileté à communiquer. La belle parole n'est pas l'atout suprême et l'on rencontre souvent des personnes qui ont bien réussi dans la vie malgré leur bégaiement : Newton, Rousseau, Churchill...

✓ ***La parole nécessiterait une vigilance constante.***

Cette croyance témoigne d'une crainte vis-à-vis de la parole, qui serait vécue comme dangereuse, comme si elle vous rendait transparent aux yeux de votre interlocuteur et qu'il fallait surveiller sans cesse ce que nous voulons dire.

CHAPITRE 3 : POURQUOI LE BEGAIEMENT SERAIT UNE PATHOLOGIE TABOUE

A. Histoire du bégaiement

→ Origine du mot « bégayer »

Selon A. Van Hout et F. Estienne (2), l'histoire des mots témoigne de la manière dont ceux-ci ont été perçus au cours du temps.

Dans la langue française, le mot « bégayer » apparut au 15^{ème} siècle et fut issu d'une lignée de mots désignant le cri de la chèvre.

Les mots pour les cris des animaux dérivent parfois du nom générique. Par exemple, la chèvre a donné le verbe « chevrotter ». Mais pour la plupart d'entre eux, ils naissent de manière onomatopéique, évoquant l'animal par l'imitation du cri. Le terme bœuf a donné « beugler », le cheval : « hennir ».

La première mention écrite sur le bégaiement remonte au Moyen Empire égyptien à la 12^{ème} dynastie, c'est-à-dire au 20^{ème} siècle avant l'ère chrétienne. Il s'agit du conte du naufragé qui, avec l'histoire de Sinouhé, a connu en son temps une très large diffusion. Il s'agissait dans cette histoire d'un bégaiement accidentel et non pathologique, provoqué par une situation de panique ; toutefois, trahissant la peur, ce bégaiement pourrait signifier l'esprit mensonger du bègue.

C'est la médecine grecque en premier qui a classé le bégaiement dans les maladies. Il fut défini comme : « un trouble sévère de la parole dérivant de son organe, la langue. Ceux qui en souffrent doivent être soignés ».

Quant à Aristote, son terme pour désigner le bègue est composé de deux radicaux : « faible et voix ».

→ « Bégayer en français »

On retrouve plusieurs termes selon les siècles.

- « bêler » au 11^{ème} siècle s'applique au mouton et à la chèvre.
- « béguer » en 1235 devient spécifique pour le cri de la chèvre mais s'applique également à l'homme. De ce fait, nous retrouvons les adjectifs : beggue, becgue.
- Digestes dit : « si quelqu'un est bègue, c'est une tare et non une maladie ».
- « bégueter » en 1305 initialement prévu pour la chèvre, a aussi été étendu à l'homme.
- « besgoyer » (dérivé de bégueter) qui devient « bégayer » sera spécifique pour l'être humain en 1416.

Dans la langue française, la première désignation particulière s'effectue par analogie au cri de la chèvre. La dérivation se fait donc à partir d'onomatopées, à défaut du nom de l'animal. Par la suite, nous trouverons des termes spécifiques pour désigner le bégaiement propre à l'homme.

Toutefois, dès le début de l'histoire du bégaiement, son assimilation au cri de la chèvre atteste d'une connotation de dérision et d'une évidente dévalorisation. (Il s'agit tellement peu d'un parler humain que l'appellation animalière lui convient)

→ De l'onomatopée à la métaphore

Cette désignation de l'acte de parole sera source de nombreuses métaphores transposant le « parler » en actions diverses.

Par exemple, Alain dans « Propos » dit : « les tyrans sont des bègues d'idées, qui éclatent et tonnent sur cette idée ; ils butent et ils ont décrété qu'on ne s'apercevrait pas qu'ils butent ».

On prend conscience dans cette phrase de l'image négative dont étaient pourvus les bègues, qui, de ce fait, essayaient déjà à cette époque, de dissimuler leur bégaiement.

Le bégaiement était donc un mal universel frappant l'humanité en puissance de langage, et ne se trouve distingué des autres modes de parole que depuis seulement deux siècles. Ce constat étymologique (chèvre) vient confirmer jusque dans les racines de la langue l'aspect dérisoire du mal.

→ Le bègue comme personnage

1) Le bègue intercesseur

Selon la perspective historico-sociale de l'humanité, les bègues furent tour à tour investis d'une fonction sacrée, ou au contraire désignés comme pitres.

Dans la tradition judéo-chrétienne par exemple, ils possédaient la fonction sacrée d'intercesseur. Ils représentaient l'intermédiaire entre l'homme et la divinité, s'exprimant de façon incompréhensible.

En communication avec l'au-delà, ils auraient la faculté de comprendre la parole divine mais pas de la transmettre aux hommes. Selon A. Van Hout et F. Estienne (2), les descriptions les plus anciennes datent probablement du Moïse Biblique, de la « lenteur de son discours et de sa langue »; c'est son frère Aaron, qui parlait pour lui.

2) Le bègue paradoxal

Il n'est inspiré que par lui-même, et c'est sa propre conviction qu'il communique. Il est contradictoire que l'orateur lui-même ait des troubles du langage.

(Ex : Démosthène)

3) Le bègue dérisoire

Le bègue devient une cible pour les quolibets. L'adulte qui bégaie est comme celui qui retombe en enfance et donc sombre dans le ridicule.

Platon écrit dans « Gorgias » : (...) « un homme qui bégaie et qui joue est ridicule, ce n'est pas un homme ; on a envie de le fouetter. » En plus du ridicule dont étaient acculés les bègues, ils inspiraient également du mépris. Comment ne pas avoir envie de dissimuler son bégaiement et de ne pas en parler ?

4) Le bègue exhibé

Il fut, et est encore objet de moqueries notamment par son comique de répétition; artifice théâtral bien connu.

Dans certains cas, leur habitude de dissimuler faisait naître des personnages faux dans la littérature. Le père de Grandet (« Eugénie Grandet » de Balzac) use de son bégaiement pour rouler les autres. Le profanateur, le destructeur du « temple d'or » était bègue dans le roman de Mishima.

Le ridicule plaqué sur les bègues et le bégaiement se trouve confirmé par les « histoires bègues » qui permettent de distancier celui qui raconte, des personnages dérisoires et acteurs de ces récits.

Dans les théâtres de boulevard, les bègues foisonnent et les fous rires sont garantis.

Dans les années 60, le comédien P. Repp était réclamé par le public pour son personnage du bègue.

Ce qui donne un côté comique au bégaiement, c'est l'impression donnée par la personne qui bégaye qu'elle ne veut pas reconnaître l'existence de ce bégaiement. C'est la prétention de vouloir faire comme si ce bégaiement n'existait pas, ce qu'on appelle l'attitude du déni ou la volonté de masquer le bégaiement.

De plus, le désaccord qui existe entre l'évidence du bégaiement et sa négation par la personne bègue produit inévitablement chez les interlocuteurs une gêne qui peut s'accroître et les amener malgré eux à des rougeurs, des sourires.

5) Le roi souverain : Louis 13 le juste ou louis 13 le bègue

Louis 13 fut surnommé « Le juste » parce qu'il était né sous le signe de la balance.

Tallemant révèle : « le cardinal de richelieu qui craignait qu'on ne l'appelât Louis le bègue, fut ravi de ce que l'occasion se soit présentée de le surnommer Louis le Juste. »

Il n'est donc pas étonnant que le bègue soit objet de dérision dans une société où les aveugles, paralytiques ou plus généralement les « monstres » étaient décrits ou exhibés pour le meilleur être des bien-portants.

Si, le plus généralement, il est un personnage comique, le bègue peut également représenter un personnage sublime ; si son infirmité lui vient des dieux, sa parole est prophétique ; s'il surmonte cette infirmité, il vainc les dieux et devient prométhéen ; s'il

subit sa disgrâce sans la vaincre, il en sort ridicule car différent, mais sans pouvoir ; et si de plus, par le hasard de l'histoire, il possède le pouvoir suprême, c'est ce pouvoir-là qui pourrait être remis en cause par son infirmité.

On retrouve exactement ce cas concernant George VI, bègue depuis l'enfance, et qui n'était pas fait pour être un personnage public ; pourtant, il est né prince. Son histoire, relatée grâce au film « Le discours d'un roi » est celle d'un homme qui doit surpasser son handicap pour assumer ses responsabilités et représenter dignement tout un peuple. Le film fonctionne sur deux niveaux. D'un côté, l'on a George VI, qui, amené à devenir roi à cause du comportement scandaleux de son frère, doit à tout prix résoudre son problème d'élocution pour devenir la voix de l'Angleterre et affronter Hitler et son régime nazi. De l'autre, il y a Bertie (de son surnom) qui doit s'affirmer et résoudre son problème d'élocution pour lui-même.

→ **Comment les bègues furent maltraités**

La philosophie révèle le caractère universel du bégaiement, et l'histoire, l'ancienneté de son existence.

6) La théorie des humeurs

L'historique des traitements montre sa reconnaissance précoce dans le catalogue des grands maux de l'humanité.

Au départ, le bégaiement fut expliqué selon la théorie des humeurs : des fluides circulant dans l'organisme auraient provoqué un dysfonctionnement au niveau de l'organe de la langue. Les sangsues et les saignées contribuèrent alors à améliorer l'humeur et le sang des bègues jusqu'au 18^{ème} siècle.

Aristote évoque à l'origine du bégaiement « un conflit d'humeur » qui aurait rendu la langue du bègue trop épaisse et paresseuse pour parler et suivre le rythme de la pensée.

7) Le cerveau

Au début de l'an mil, Avicienne avançait une explication neurologique à ce trouble. Selon lui, ce sont des lésions au cerveau qui provoqueraient des spasmes au niveau de l'épiglotte. Mais sa théorie ne fut que peu diffusée.

8) Béquilles et chirurgie

Le courant le plus répandu serait fait par ceux qui s'intéresseront davantage à la taille de la langue ainsi qu'à sa motilité. En conséquence, des actes chirurgicaux seront réalisés allant de la section du frein de la langue à l'incision directe. L'incision de la racine de la langue, afin de la séparer de son innervation et de lever les spasmes lors du bégaiement, fut particulièrement appliquée par Diefenbach (1841). Difficilement croyables, les résultats étaient tellement satisfaisants que les chirurgiens incitèrent la poursuite de ces pratiques. (qui se sont réalisées jusqu'en 1967)

Il est vrai que l'ablation d'une partie de la langue peut réduire la propension à « parler tout court » et les chirurgiens semblent n'avoir évalué que l'avenir postopératoire immédiat des patients.

9) La rééducation

C'est avec des courants de banalisation du bégaiement et le développement plus récent de techniques de rééducation, que le bégaiement sera plus considéré comme un défaut élocutoire.

L'idée de rééducation remonte à l'époque de Desmothène où Plutarque décrit les principales caractéristiques des thérapies orthophoniques : techniques respiratoires, locutoires...

De nos jours, ce n'est plus un hypothétique retour à la fluence qui est prôné mais l'acceptation des dysfluences, et la capacité de communiquer librement. Evidemment, les orthophonistes gardent l'objectif de réduire les dysfluences.

De ce fait, les caractères dérisoires et dévalorisants que revêt le bégaiement prennent leur origine dès le 15^{ème} siècle dans la société française ; et même si l'évolution des mentalités a permis une représentation différente de cette pathologie aujourd'hui, elle

garde tout de même les séquelles d'une histoire pénible et ancrée dans des connotations négatives.

Aujourd'hui, le bégaiement est encore sujet aux moqueries, à la dérision qui touchent les enfants atteints lorsqu'ils se retrouvent confrontés au regard de l'autre, notamment dans les écoles.

B. Psychopathologie du bégaiement : l'environnement incriminé dans le développement des symptômes

Ajuriaguerra définit le bégaiement comme : « un trouble de la réalisation du langage qui se caractérise par des répétitions ou des blocages entraînant une rupture du rythme et de la mélodie du discours ».

Pour Littré, c'est un embarras plus ou moins grave de la parole qui se manifeste par l'hésitation, la répétition saccadée, la suspension pénible et même l'empêchement complet de la faculté d'articuler.

Le bégaiement affecte la condition du sujet parlant dans sa dimension relationnelle ou intersubjective.

→ Le modèle biopsychosocial

Dans ce modèle, les dysfonctionnements psychopathologiques comportent :

- Une dimension objective : composante somatique génétique.
- Une dimension subjective : composante émotionnelle affective.
- Une dimension intersubjective : composante relationnelle où naissent des répercussions émotionnelles sur l'interaction familiale, sociale, scolaire de l'enfant.

L'environnement socioculturel et le milieu environnant vont modeler l'équipement de base et l'organisation de l'appareil psychique dans les limites propres de l'enfant. Si l'on modifie l'environnement familial, un changement d'attitude s'opérera de façon positive ou négative, en

fonction de la qualité de l'accueil mais les problèmes neuropsychologiques de base de l'enfant restent les mêmes.

Le bégaiement n'est pas absolu, il ne se présente pas dans toutes les circonstances. Par exemple, on sait qu'un bègue qui parle seul, ou à son chien ne bégaye pas. Il surgit toujours dans une relation, et le plus souvent dans des contextes sociaux précis.

Quand le trouble s'installe, l'enfant devient conscient des répercussions défavorables sur autrui ; le bégaiement se répercute sur son organisation psychoaffective contribuant ainsi à modeler sa personnalité. La représentation de lui-même se construit au travers du regard d'autrui. Le plus souvent l'entourage du bègue ne se montre pas tolérant à son égard. De ce fait, il s'installe une relation dialectique conflictuelle entre le vécu du sujet et la réaction de l'entourage. Les parents peuvent ressentir ces difficultés comme volontaires ou agressives, ce qui alimente la tension au sein du système familial et par conséquent, amplifie les symptômes.

→ **L'approche psychologique**

Elle montre en résumé que l'enfant qui ne parvient pas à parler correctement développe des sentiments d'anxiété, de frustration ainsi qu'une mauvaise estime de lui-même. Ceci favorise l'émergence de croyances négatives.

→ **L'abord psychodynamique**

Trouble de la personnalité

Barrau, en 1977 a insisté sur la violence subie par le bègue et son rôle comme déclenchement du bégaiement.

A cette période, la mère des sujets bègues a été décrite comme une nourrice bégayante. Dans la situation d'alimentation du nourrisson, elle aurait une attitude hésitante et ambivalente, faite d'alternance de gestes agressifs et d'interruptions soudaines, les uns et les autres accompagnés d'anxiété.

Anzieu, en 1968 a élaboré plusieurs hypothèses psychanalytiques qui émergent de sa pratique. L'évolution du langage serait mise en péril à cause d'une problématique affective existante, dans laquelle l'enfant ne prendrait pas le risque de s'opposer.

_ la relation du bègue à sa mère resterait ancrée dans une dualité en présence d'un père que l'enfant n'inclut jamais en tant que valeur positive.

_ Les parents de bègues se montreraient généralement exigeants et souvent insatisfaits.

_ Il y aurait un problème d'accès à l'autonomie dû à la volonté de la mère à garder une relation infantilisante.

_ L'impossibilité de situer sa propre personne et la soi-disant anxieuse insatisfaction de la mère engendreraient l'angoisse ; le bégaiement apparaîtrait alors pour permettre au sujet d'échapper à l'angoisse.

Ce que ce modèle a voulu montré, c'est que l'entourage jouerait un rôle existentiel dans la rémission des symptômes ou leur aggravation.

Selon certains courants psychanalytiques des années 1970, l'entourage, et en particulier la mère, tiendrait une responsabilité relative dans les divers symptômes ou les maladies que l'on rencontre chez l'enfant.

Il est fort probable que ces courants, aujourd'hui complètement dépassés, qui ont tenu pour responsable l'environnement de l'enfant dans le développement de son bégaiement, aient contribué à entretenir le tabou sur cette pathologie.

→ **Le bégaiement et les théories développementales**

Elles expliquent le passage de la parole normale à la parole anormale par la situation familiale dans laquelle les pressions précoces de l'environnement intensifieraient le sentiment d'insécurité de l'enfant.

Pour Johnson, en 1948, le déclenchement du bégaiement serait à rechercher dans la tête des parents, dans leurs attitudes et réactions à la façon de penser de l'enfant et au fait qu'ils appellent « bégaiement » des hésitations verbales normales.

Wyatt, en 1969, a défini la perturbation de la relation mère-enfant en termes d'anxiété de la distance, de dévaluation de la mère, et enfin de la crainte du désastre (inquiétude vis-à-vis du monde qui l'entoure).

G. Baurant et L. Striglioni, en 1968, ont mené des études qui concluent que la mère serait assez souvent narcissique, infantile, inconsciemment chargée de peur des séparations, de culpabilité, d'agressivité. La relation s'établirait sur un mode ambivalent, avec des difficultés dans le nourrissage de l'enfant. La mère serait une « nourrice bégayante » imprimant le pattern de l'hésitation sur la musculature orale et respiratoire de l'enfant. De son côté, le père apparaîtrait comme démissionnaire ou absent.

Il y a environ 40 ans, selon ces auteurs, il en résulterait pour le bégue une personnalité mal structurée, une insuffisance du moi par une difficulté de séparation d'avec la mère, avec qui se serait établie une séparation ambivalente.

→ **Les bégaiements du jeune enfant : l'hypothèse diagnostogénique**

En 1990, Starkweather propose un modèle interactif entre la nature et l'abondance des exigences du milieu auxquelles l'enfant doit faire face et ses possibilités de réponses verbales, liées à l'élaboration de son langage ainsi de la maîtrise motrice de ses organes phonateurs. Si les demandes du milieu sont trop importantes, cela place l'enfant dans un état de tension constante.

Si les réponses négatives de certains parents peuvent être verbales, sous forme de réprimande par exemple, elles sont souvent, dans le bégaiement, d'ordre purement pragmatique, se manifestant par des comportements moteurs de fixité, d'impatience, de désapprobation.

C'est souvent volontairement que les parents n'abordent pas le problème du bégaiement, gênés eux-mêmes parce qu'ils ne savent pas quoi dire, et enclenchant une « conspiration du silence », au combien anxiogène, faisant croire à l'enfant que son comportement est tellement effroyable qu'on n'ose même pas en parler.

Les théories psycho-développementales, jusqu'au 20^{ème} siècle ont mis en exergue le prétendu rôle de l'environnement dans la construction de ce trouble et, de ce fait, ont contribué à la forte culpabilité que ressentent encore les parents aujourd'hui.

Même si cela n'est plus conscient, cette pathologie véhicule encore une connotation négative. L'aspect dénigrant du bégaiement est sûrement dû à son histoire. De plus, la faute mise sur les parents durant une certaine période, rend ce trouble difficilement verbalisable.

C. L'implicite loi du silence

Ce phénomène prend naissance au sein de la cellule familiale, mais ce qui est étonnant, c'est la constance avec laquelle il est réitéré et respecté à l'extérieur. Maintes personnes se retrouvant face à des personnes bègues ont respecté cette implicite loi du silence concernant le bégaiement de leur interlocuteur ; ceci à cause de la méconnaissance de cette pathologie et également à cause de la perte du comportement tranquillisateur, qui est caractéristique de l'attitude du sujet bègue dans les situations de communication.

Le tabou du bégaiement concerne, au-delà de ce qu'il faut dissimuler, un interdit de dire ce qui est apparent.

D. La transmission transgénérationnelle

A. Ancelin Schützenberger (20) fait la différence entre deux sortes de transmissions familiales, conscientes/inconscientes, « métabolisées » ou pas :

- Les transmissions intergénérationnelles sont des transmissions pensées et parlées entre grands-parents, parents et enfants : habitudes familiales, tours de mains, manière d'être ; on est médecin, instituteur ou autre de père en fils.
- Les transmissions transgénérationnelles ne sont pas dites, ce sont des secrets, des non-dits, des choses tues et qui traversent les descendants sans être pensées ni digérées. On voit apparaître des traumatismes, des maladies, des inscriptions somatiques ou psychosomatiques, car elles disparaissent souvent si on les parle, pleure, en les retravaillant.

Si l'on étudie la psycho-généalogie, on découvre un certain nombre de « structures héréditaires » avec des répétitions non consciemment décidées et même remarquées. Ce qui semble héréditaire par hasard peut être par exemple le nombre d'enfants, des suicides,

des enfants naturels... Tout se passe comme si la composition et la structure de la famille étaient répétitives et héréditaires, comme s'il y avait une règle non écrite que chacun suit, dans son esprit comme dans son corps.

On s'aperçoit parfois que le bégaiement se retrouve sur plusieurs générations au sein d'une même famille. Au-delà d'une transmission génétique, qui semble être l'explication la plus probable, la transmission du bégaiement, de génération en génération, serait susceptible de répondre à ce qu'on appelle : être un « membre loyal d'un groupe donné ». En effet, selon A. Ancelin Schützenberger (20), « chacun est amené à internaliser l'esprit, les espoirs, les demandes, les attentes de son groupe, et à utiliser un ensemble d'attitudes spécifiques permettant de se conformer aux injonctions internes ou internalisées. Et si l'on n'assume pas ce type d'obligation, on se sent coupable et ce sentiment constitue un système secondaire de force régulatrice. »

Boszormenyi-Nagy le dit clairement : « l'élaboration de la loyauté est déterminée par l'histoire de la famille, par le type de justice que cette famille pratique et par les mythes familiaux. Cette loyauté fondamentale consiste en un engagement interne à sauvegarder le groupe lui-même, ou la famille et son histoire ».

La crypte et le fantôme

En 1978, deux psychanalystes freudiens classiques introduisent les notions de crypte et de fantômes à partir de leurs recherches cliniques.

Ce fantôme serait comme quelqu'un qui sortirait de la tombe mal fermée d'un ancêtre, après un événement dont on a honte, ou une situation difficile pour la famille, quelque chose de mal vu, pour la mentalité de cette époque. C'est, par exemple, une mort suspecte, une maladie « honteuse ». Il s'agit d'oublier quelque chose ou quelqu'un qui était disgracié. Tout se passait comme si un membre de la famille gardait ce non-dit, dans son cœur, dans son corps, comme dans une « crypte » en lui et que ce fantôme en sortait et agissait après une ou deux générations.

En cachant ce deuil indicible, on l'installe à l'intérieur de soi-même dans une « crypte » : c'est un fantôme (qui recouvre ce secret invouable d'un autre), secret qui peut se

transmettre de l'inconscient d'un parent à l'inconscient d'un enfant, d'une génération à l'autre.

Nicolas Abraham, en 1978, raconte l'histoire d'un monsieur ignorant tout du passé de son grand-père. Ce patient est géologue amateur. Chaque dimanche, il va chercher des cailloux, les ramasse et les casse. Comme il est également chasseur de papillons, il les attrape et les achève dans un bocal de cyanure. Cet homme ne se sent pas bien dans sa vie et finit par s'adresser à Nicolas Abraham qui l'a poussé à réaliser des recherches sur sa famille, notamment sur son grand-père. Il a ainsi appris qu'on avait envoyé son grand-père aux « bataillons d'Afrique » pour casser des cailloux et qu'il a ensuite été exécuté dans une chambre à gaz. La boucle symbolique est bouclée, et il exprime ce secret qu'il ne connaissait pas.

S'agirait-il d'une engrammation, plus psychologique que physiologique ?

In utéro et à la naissance, l'enfant reçoit déjà un certain nombre de messages : on lui transmet un nom de famille et un prénom, une attente quant aux rôles qu'il aura à tenir ou à éviter. La famille va dire et prédire des choses, des injonctions, des scénarios, un avenir-dire les choses ou les taire- dans un non-dit secret et pesant : ce qui va les « programmer ».

Ensuite la famille, l'entourage va engrammer ce programme dans la psyché de l'enfant, dont la vie, le mariage ou le célibat, l'avenir seront ainsi fonction de l'ensemble du contexte familial dit et non dit.

Parmi les choses certaines, il y a les recherches de Joséphine Hilgard, ayant prouvé que le syndrome d'anniversaire était statistiquement significatif. On retrouve le constat clinique de synchronies de dates naissance-mort significatives dans de nombreuses familles et des répétitions familiales incontestées.

Ce n'est que depuis une vingtaine d'années, grâce à la thèse de Joséphine Hilgard sur la psychose de l'adulte et les travaux d'Ancein Schutzenberger sur le cancer, les accidents de voiture, et les conséquences somatiques des traumatismes de guerre que l'on a mis en évidence un syndrome d'anniversaire dans la maladie, avec un aspect psychosomatique somato-psychique corporel.

Freud avait eu l'intuition de l'importance de la transmission transgénérationnelle : « si les processus psychiques d'une génération ne se transmettaient pas à une autre, ne se continuaient pas dans une autre, chacune serait obligée de recommencer son apprentissage de la vie, ce qui exclurait tout progrès et tout développement. De quels moyens une génération se sert-elle pour transmettre ses états psychiques à la génération suivante ? Cette question n'a pas encore reçu de solution satisfaisante mais quelque forte que soit la répression, une tendance ne disparaît jamais au point de ne pas laisser, après elle, un substitut quelconque, qui à son tour, devient le point de départ de certaines réactions.»

On pourrait alors penser que le bégaiement retrouvé sur plusieurs générations au sein d'une famille serait susceptible parfois de s'apparenter à un symptôme transmis dans le cadre d'une transgénérationnalité, en écartant le facteur génétique.

Il serait alors intéressant de savoir si dans le cadre d'un syndrome familial, le tabou du bégaiement est interne à la famille.

CHAPITRE 4 : INCIDENCES SUR LA CONSTRUCTION DE L'IMAGE DE SOI DU SUJET BEGUE

A. Construction de l'image de soi chez l'enfant

Il n'y aurait pas de découverte de soi qui aille sans la découverte de l'autre. Selon B. Golse (pédopsychiatre) (5), cet effet de rencontre entre la part personnelle, les facteurs du « dedans » de l'enfant et les facteurs du « dehors », notamment le travail psychique de l'autre, est absolument essentiel. L'Empereur Pruss pensait qu'en enfermant les enfants et en ne leur procurant qu'un apport alimentaire, on retrouverait la langue originelle ; évidemment il n'a trouvé que déficience et autisme parce que le monde, pour un enfant, c'est la rencontre entre son corps et la relation ; ses multiples capacités ne s'actualiseront pas s'il n'y a pas de relation qui lui renvoie quelque chose. A l'inverse, il faut également une part neurologique, fonctionnelle qui soit stable.

Pour B. Golse (pédopsychiatre) (5), « l'intersubjectivité va permettre à l'enfant de ressentir, d'éprouver, vivre émotionnellement, intégrer profondément que lui, et l'autre ça fait deux ». Prendre conscience que soi et l'autre sont deux personnes distinctes, c'est ce qu'on appelle l'accès à l'intersubjectivité. Et nous considérons que c'est un préalable à l'acquisition du langage ; tant qu'on ne se ressent pas comme différent de l'autre, il n'y a pas d'intérêt à l'apprentissage du langage, ce que nous démontrent les enfants autistes.

De même, on ne peut pas penser à soi et construire une image de soi avant de se ressentir comme distinct de l'autre. Il faut que l'adulte qui prend soin de l'enfant, apporte à l'enfant des flux sensoriels par la voix, les gestes, les mimiques, les regards, le rythme corporel ; qu'il puisse apporter du polysensoriel harmonieux, de manière à ce que l'enfant puisse articuler ces flux et les ressentir comme provenant d'une entité extérieure à lui.

La communication avant le langage va être en grande partie la circulation des émotions. Quand le bébé va commencer à se différencier, il va tisser des liens préverbaux, parce qu'il faut aussi rester en lien. L'empathie, l'imitation, l'accordage affectif, l'attachement, tous ces concepts qui témoignent du fait que le bébé reste en lien tout en se séparant.

C'est le tout premier temps de la construction de soi.

Selon B. Golse (5), en réalité la construction de soi c'est : « l'intrication du schéma corporel neurologique et de la représentation et de l'image du corps (travail psychique de l'environnement) qu'on retire de la rencontre avec le regard de l'autre ». La construction de soi suppose également une espèce de dialogue des attentions. L'attention est un concept important dans le développement de l'enfant, L'enfant a besoin qu'on fasse attention à lui. Le bébé va envoyer, montrer quelque chose de lui dans ses mouvements, dans ses émotions. Ca va toucher l'autre qui doit lui renvoyer quelque chose dans une synchronie pluri-sensorielle.

→ **L'alternance des regards**

Dans la conversation, on retrouve une alternance subtile d'attention et d'inattention, une alternance du regard qui s'engage et se retire. Les émotions et la pensée se mettent au diapason mais chacun retourne vers sa pensée. Il existe une inattention « civile » (C.

Harroch). Elle vise à protéger sa face et celle de l'autre dans les situations embarrassantes pour sauver l'image.

→ **La constitution de l'identité**

Le regard permet d'appréhender l'autre et se révèle à soi-même. Il permet de se structurer, de constituer son identité. Le premier regard est celui de la mère puis viennent tous les autres regards, car la construction psychique dure toujours.

B. Elaboration de l'identité de l'enfant.

a) Définition du concept.

L'enfant va construire son identité au travers d'étapes successives qui débiteront dès la naissance et se réaliseront au cours d'un long processus jusqu'à l'adolescence. L'identité personnelle s'élabore grâce aux expériences diverses vécues par l'individu. Le corps du bébé se retrouve être à la base de son identification. En effet, il va se découvrir lui-même au travers de ses sensations, perceptions, de ses actions mais aussi dans son rapport à son environnement et surtout dans le regard des autres.

En psychologie du développement, Wallon, psychologue, situe le stade du personnalisme entre 3 et 6 ans. Ce stade se situe à la charnière de deux périodes importantes de la construction de la personnalité : entre la construction et l'achèvement de la personne. Ce stade marque l'avènement de la conscience de soi à travers les consciences personnelle et sociale. Ce stade est sous-tendu en trois périodes qui vont se succéder : la période d'opposition, la période de séduction et la période d'imitation.

- **La période d'opposition** : Située entre 3 et 4 ans environ est marquée par les fréquentes oppositions de l'enfant aux demandes de l'adulte, qui contribuent à l'affirmation de sa personnalité.
- **La période de séduction** : Entre 4 et 5 ans environ, elle est marquée par le désir de l'enfant de séduire l'autre; c'est une période de narcissisme. La personnalité se structure alors, non plus dans l'opposition, mais dans la séduction.
- **La période d'imitation** : Entre 5 et 6 ans environ, l'imitation concourt également à la différenciation de l'enfant de son milieu familial en dissociant le pareil et le différent. C'est une attitude ambivalente d'engouement et d'opposition qui termine le stade du narcissisme.

Entre deux et six ans, on observe chez l'enfant une affirmation intense du moi à travers divers mécanismes mis en place par l'enfant, notamment par le refus, les jeux symboliques, les jeux de construction ou encore l'exigence. De ce fait, l'enfant accède à l'expression symbolique de son rapport au monde qui l'entoure.

Comme l'enfant de cet âge prend des risques, il devient vulnérable aux représentations que l'environnement lui donne de lui-même. Les éventuelles critiques, moqueries ou dévalorisations sont susceptibles d'installer chez l'enfant des complexes d'infériorité ou de supériorité compensatrice selon A. Adler.

Si l'entourage est « suffisamment bon »(Bettelheim), il pose des limites à l'enfant sans trop l'opprimer. Si, à l'inverse, il est moins bon, l'enfant peut se construire une identité et une image négative de lui-même par la honte et le doute de soi ; les enfants bègues se trouvant face à ce problème.

Le narcissisme

Celui-ci s'installe dès les premiers moments de la vie, lorsque l'enfant prend progressivement conscience de son existence. Il est à l'origine de la constitution et de l'affirmation de l'identité de l'enfant.

D. Winnicott, a une conception selon laquelle la construction identitaire est liée aux soins de la prime enfance. Il définit trois processus conjoints : l'encrage de l'image de soi sur la transformation corporelle, l'investissement narcissique du sujet et la constitution d'un idéal du moi. Il relève trois stades du développement du soi dont en particulier le « narcissisme sain ». Selon lui, le narcissisme sain est à la base de l'épanouissement de l'enfant. Si celui-ci n'a pas été victime de critiques, il se sentira représenté comme une « bonne personne » et intériorisera corporellement son sentiment de soi et d'identité

Winnicott définit le narcissisme comme « ce qui permet à l'individu de se respecter tout en étant capable de maintenir une bonne relation avec le monde extérieur ».

L'image que l'enfant a de lui-même, ses croyances négatives ou positives à son sujet et la représentation de sa propre personne vont influencer directement et de manière constante sur ses actions et ses relations sociales. Celles-ci sont également essentielles pour la construction de son estime de soi.

Un enfant bègue, avec sa pathologie, se trouvera confronté à des critiques concernant sa parole ; critiques susceptibles d'être émises tant par ses parents que par son environnement, notamment au sein de sa scolarité. Il aura donc plus de difficultés (comme tous ceux qui sont victimes d'un handicap) à se créer un sentiment de soi positif et se donner l'image « d'une bonne personne » ; d'autant que, généralement le bégaiement survient tôt dans l'enfance.

b) La connaissance de soi et image de soi.

- ***Reconnaissance de soi***

L'enfant doit d'abord apprendre à se connaître avant de se reconnaître (estime de soi). Ce processus se réalise dès les premiers moments de la vie de l'enfant et ce, jusqu'à son indépendance et son accès à l'autonomie. Il se fait par plusieurs étapes. La connaissance de soi s'élabore grâce aux relations que le sujet a avec son environnement, aux expériences auxquelles il est confronté, à ses apprentissages. Les situations rencontrées vont le renseigner sur ses capacités physiques, intellectuelles et relationnelles. A l'âge de 3 ans, il acquiert le pronom « je », signe de reconnaissance de soi en tant qu'individu

unique, séparé des autres et avec une identité propre. Vers l'âge de 5 ans, l'enfant découvre son identité sexuelle qui contribue à la construction de son identité.

C'est par le jeu que l'enfant apprend à se connaître.

Lorsqu'il est petit, c'est en jouant seul qu'il apprend à se connaître, mais plus grand, c'est au contact des autres que la connaissance de soi se fait pendant les jeux. La reconnaissance de soi passe aussi par la reconnaissance par l'enfant de son corps, afin de se construire une image de ce corps, et par la même occasion, une image de lui-même. Le corps permet également de se construire une identité, c'est ce que l'on appelle le « soi corporel ».

L'enfant bègue se trouve dans l'incapacité de gérer et contrôler certaines parties de son corps, notamment sa bouche dont découle son bégaiement. Ceci risque d'altérer l'image qu'il va se construire de son corps, puisque celui-ci lui fait défaut ; et de ce fait, l'image de lui-même est dénaturée...

- ***Image de soi***

J. Lacan, psychiatre et psychanalyste français met en exergue l'importance du corps dans la construction de soi et de l'image de soi chez l'enfant, notamment au travers de ce qu'il nomme le stade du « miroir » ; cette étape se situe entre 6 et 18 mois, période durant laquelle l'enfant va faire la découverte de sa propre image corporelle grâce au miroir dans lequel il se reconnaît. L'enfant se distingue alors comme un individu unique, séparé des autres.

Au fil de son développement, l'enfant va élaborer son schéma corporel par le biais d'expériences qui l'aideront à situer son corps dans l'espace.

A côté de cela, s'élabore, de manière complètement inconsciente, ce que F. Dolto avait qualifié « d'image du corps et qui est personnelle à chacun. »

Pour F. Dolto, l'image du corps n'est pas une « donnée anatomique naturelle. Comme le schéma corporel, elle s'élabore dans l'histoire du sujet ». Elle se construit et se remanie

tout au long du développement de l'enfant. D'après elle, l'image du corps est composée de trois images : « l'image de base, l'image fonctionnelle et l'image érogène ». L'image de soi est une connaissance de la part de l'enfant de ses caractéristiques personnelles.

Le Dictionnaire de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent définit l'image de soi comme « le support de l'identité, c'est à dire l'ensemble des représentations conscientes ou inconscientes que le sujet se fait de lui-même : image du corps, images spéculaires, représentations concrètes, mais aussi valeurs et propriétés qu'il s'attribue. » C'est donc la façon dont notre corps nous apparaît à nous même, mais aussi la façon dont nous interprétons les capacités physiques de ce corps. C'est une connaissance de notre corps, mais aussi une connaissance de soi-même.

L'enfant bègue va prendre progressivement conscience de son bégaiement, que sa parole est différente de celle des autres et contraignante pour lui. La représentation consciente et inconsciente qu'il va se faire de lui-même sera influencée par cette image un peu « bafouée » de son corps et de ses propres capacités.

La connaissance de soi se transforme peu à peu en sentiment d'identité, à partir duquel l'enfant va se reconnaître et développer son estime de soi. Prendre conscience de soi, c'est devenir une personne qui sait « qui » elle est, peut exprimer ce qu'elle ressent et ce qu'elle désire. C'est le travail de décentration qu'accomplit le jeune enfant durant les premières années de sa vie. La connaissance de soi doit être favorisée chez l'enfant comme préalable à l'estime de soi.

c) L'estime de soi

Le concept d'estime de soi a des relations très intriquées avec d'autres notions telles que la [confiance en soi](#), l'amour de soi, le concept de soi et l'image de soi. ; c'est pourquoi ces concepts peuvent être confondus.

Il est important de bien dissocier le concept de soi et l'estime de soi. En psychologie, le concept de soi englobe la connaissance de soi (image de soi), l'estime de soi et le moi

idéal (ce que l'enfant voudrait être). Le concept de soi a trait à l'aspect descriptif de la personne, tandis que l'estime de soi est la dimension évaluative de la personne. Chez les jeunes enfants, on parle plus aisément de confiance en soi que d'estime de soi car les enfants sont plus concrets et n'ont pas encore les possibilités à réfléchir sur leur propre personne.

1) La confiance en soi

Le Dictionnaire historique de la langue française retrace l'évolution de ce terme qui, au XIIIe siècle, dérive du latin *confidentia*, s'orthographe « confience » et conserve une analogie avec l'espérance. Au XVIIe siècle, il revêt son orthographe actuelle et prend la nuance d'assurance, notamment à travers l'expression « confiance en soi ».

Selon M. Haddou (11), actuellement, la définition de confiance en soi fait l'objet de controverses. Certains auteurs soulignent le caractère inné et l'intègrent au sein de la personnalité de l'individu, d'autres insistent sur le caractère acquis de ce concept par les expériences diverses auxquelles l'individu est confronté ; et d'autres encore préfèrent souligner que c'est une conséquence de la force du moi.

Avoir confiance en soi, c'est se penser être capable d'aboutir à ce que l'on désire ; pour que l'enfant acquiert cette confiance, il faut qu'il se sente bien « dans sa peau », qu'il connaisse son corps, ses limites, qu'il en prenne soin afin de se fixer des objectifs qui seront réalisables.

Or, l'enfant bègue, au travers de sa parole, se trouve dans l'incapacité d'aboutir à ce qu'il désire communiquer ; il lui arrivera même de renoncer au message qu'il aurait voulu transmettre soit en se taisant, soit en disant autre chose, qu'il pense plus à même de pouvoir dire sans risquer de bégayer.

Le bègue ne se sent donc pas toujours capable de réaliser ce qu'il voudrait entreprendre et ce sentiment d'incapacité va détériorer sa confiance en soi.

La confiance en soi se construit dès les premiers moments de la vie et évolue progressivement tout au long de la vie de l'individu. Effectivement, elle s'opère, se réalise et se transforme à travers des étapes successives selon le vécu de l'individu mais l'origine en revient inexorablement à l'entourage familial.

M. Haddou (11) dit : « Avant tout, celle-ci apparaît comme la structure par excellence où l'enfant, en dépit de sa vulnérabilité et de son inexpérience, peut s'initier au monde et à l'existence. Ce caractère unique de la famille repose sur l'étroite interdépendance affective et matérielle qui existe entre ses membres. Les parents sont profondément engagés par rapport à leur enfant, lui-même en état de dépendance absolue. Si la famille est protectrice, elle doit être une base qui encourage l'enfant à apprendre à vivre et à agir de manière adaptée et autonome. »

« C'est à travers son environnement que l'enfant entre en contact avec le monde et sa culture. C'est aussi dans sa famille qu'il va faire l'expérience de sa différence et de sa liberté, en somme qu'il va devenir lui-même pour finir par s'émanciper.» En amont, la confiance en soi relève d'un narcissisme positif, qu'on pourrait résumer ainsi : « Aime-toi et apprécie-toi suffisamment tel que tu es », ceci constituant une base saine pour le développement personnel et tout simplement pour exister. Ce qui implique de croire en soi et en ses ressources, de connaître ses limites, de s'évaluer à sa juste valeur, d'accepter ses points faibles et de se perfectionner.

La confiance en soi génère aussi la confiance dans les autres. D'après C. Andre et F. Lelord (9), la confiance en soi viendrait principalement du mode d'éducation donné aux enfants. Selon eux, elle se « transmet par l'exemple comme par le discours. » C'est à dire que l'enfant ne réussira pas à accepter son échec si l'adulte lui-même ne l'accepte pas.

Souvent, les parents d'enfants bègues, voulant bien faire, ont des attitudes et des paroles qui vont à l'encontre des besoins de cet enfant. Les parents le renvoient, au travers de leur discours, à ses échecs quant à sa façon de parler et les émotions négatives que cela engendre sur eux.

Ces deux auteurs situent la confiance en soi comme l'une des trois composantes de l'estime de soi (l'amour de soi, la vision de soi et la confiance en soi). Il en est de même pour la grande majorité des auteurs qui a traité le sujet de l'estime de soi et qui spécifie bien que, « confiance en soi » et « estime de soi » ne sont pas similaires, même s'il elles sont souvent utilisées au même titre.

Le sentiment de confiance en soi est préalable à l'estime de soi. En effet, il faut d'abord le ressentir et le vivre, afin d'être disponible pour réaliser des apprentissages qui vont nourrir l'estime de soi.

2) L'estime de soi

Le psychologue américain W. Jones a défini pour la première fois en 1890 le concept d'estime de soi ; il expliquait que « l'estime de soi se situe dans la personne, et elle se définit par la cohésion entre ses aspirations et ses succès. »

D'après la psychologue D. Laporte, « l'estime de soi se réfère à la valeur que l'on se donne soi-même dans différentes sphères de notre vie ».

S. Freud et d'autres auteurs ont également cherché à définir le concept de l'estime de soi et se sont rendus compte qu'il était difficile d'en apporter une définition claire et avec les mêmes fondements.

C. Pickhardt (22), analyse la signification du terme « estime de soi ». Il en ressort deux termes qui, analysés séparément, permettent de comprendre le sens de ce qu'est l'estime de soi. Le « soi » est un concept descriptif.

L'« estime » est un concept évaluatif et l'estime de soi est donc « liée à la façon dont une personne élabore et évalue la définition de son identité ». Le terme « estimer » du latin « oestimare » signifie « déterminer une valeur » et « avoir une opinion favorable sur » ; ce qui signifie, pour G. Duclos (21) que l'expression «estime de soi » implique de « juger de sa valeur personnelle. »

Il s'agit de poser un jugement sur soi-même, sa valeur et ses capacités, en s'appuyant sur une conscience et une connaissance de soi, relative et plus ou moins limitée selon l'âge de l'enfant.

L'estime de soi n'est pas statique, mais constitue un système dynamique stable, permettant à la personne de se reconnaître d'un moment à l'autre, et permettant aussi aux autres personnes de la reconnaître. Ceci, est relativement flexible et changeant, assurant

ainsi à la personne, la possibilité de s'adapter et d'évoluer en fonction des réalités et des besoins nouveaux.

3) Définition de l'estime de soi

La construction de la personnalité et de l'identité permet la naissance de l'estime de soi.

G. Duclos (21) prend pour référence les travaux de Susan Harter, une chercheuse américaine pour spécifier que l'enfant n'a pas réellement d'estime de soi avant l'âge de sept ou huit ans. En effet, l'enfant doit avoir la possibilité de construire une pensée logique avant de se construire une identité. Toutefois, d'autres auteurs tels qu'E. Rigon pensent, au contraire, que : « dès le plus jeune âge, l'enfant va avoir une idée de lui, de son identité, souvent intériorisée du regard de ses parents ». En effet, l'estime de soi n'est pas un sentiment nouveau qui viendrait subitement à l'âge de huit ans nous révéler ce que nous pensons de nous même. Dans la construction de soi de l'enfant, l'évolution positive ou négative de l'image de soi est toujours présente en fonction des expériences que l'enfant a faites. C'est en cela que se constitue petit à petit la base de l'estime de soi de l'enfant.

Dès le plus jeune âge, l'enfant fait des expériences qui s'accumulent dans sa mémoire et lui permettent de fonder l'estime qu'il a de lui-même. Selon que ses expériences aient été positives ou négatives, l'enfant aura une estime de lui-même positive ou négative, en relation avec les expériences qu'il a faites.

Les relations avec son entourage, le regard de ses proches, de la famille, des gens qui lui sont importants affectivement, vont également le contraindre à s'évaluer en fonction des attentes de ces derniers.

Les expériences de l'enfant bègue, relatives à son bégaiement vont souvent être ressenties comme négatives. Le jugement des autres, le regard posé sur eux, les moqueries dont ils vont faire l'objet iront à l'encontre d'une bonne estime de lui-même.

D'après E. Rigon, « l'estime de soi se construit comme un édifice à trois dimensions : moi, les autres et la manière dont je me comporte avec eux quand il s'agit de me réaliser personnellement. »

Comme nous l'avons vu précédemment, l'estime de soi n'est pas stable, ce n'est pas une donnée acquise et innée. Elle est susceptible d'être modifiée, dans un sens positif ou non. Nous retrouvons deux étapes dans l'élaboration de l'estime de soi : l'estime de soi de base, et l'estime de soi secondaire.

→ L'estime de soi de base :

Celle-ci fait partie intégrante de la construction identitaire et prend naissance au moment où l'enfant se reconnaît comme un individu unique et distinct des autres. Il portera une évaluation à propos de lui-même, selon le jugement et le regard que son environnement portera sur lui. Ceci va lui permettre de se donner une appréciation de lui-même, en fonction de ce que l'environnement lui projette. Cette appréciation constitue la base d'un ensemble de sentiments qu'il éprouvera pour lui-même.

L'estime de soi, qui évolue progressivement en rapport avec l'évolution de l'enfant, est essentielle pour son devenir. Les sentiments négatifs ou positifs qu'il éprouve à son égard vont s'ancrer dans son corps et dans son psychisme ; ceci détermine la manière dont il appréhendera le monde et la réalité. S'il a une bonne estime de soi, il se sentira capable de relever des défis et acceptera les échecs avec plus de facilité qu'un enfant fragilisé par une estime de soi de base qui est plus mauvaise.

L'estime de soi de base chez l'enfant bègue est entravée par le jugement et le regard que son environnement porte sur lui, engendrant des sentiments négatifs à son propre égard.

→ L'estime de soi secondaire :

L'estime de soi secondaire est plutôt dirigée vers ce qui se passe dans la réalité tandis que l'estime de soi de base est relative au psychisme. Elle peut se diviser en plusieurs catégories : sur le plan scolaire, sur le sport, sur les amis, la famille...

L'estime de soi se bâtit au fur et à mesure que se déroulent les expériences de l'enfant. C'est en vivant des succès qu'elle se développe. Mais il ne faut pas penser qu'elle se développe une fois pour toute, car elle varie selon les traumatismes ou les moments heureux de la vie. C'est une réalité changeante.

4) Les sentiments à la base de l'estime de soi

R. Reasoner, auteur de programmes d'estime de soi pour les milieux scolaires au Québec, décrit cinq sentiments qui sont à la base de l'estime de soi. Le sentiment de sécurité, le sentiment d'identité, le sentiment d'appartenance, le sentiment de détermination et le sentiment de compétence. D'autres auteurs comme C. Andre et F. Lelord (9) parlent d'amour de soi, de confiance en soi et de vision de soi.

Même si les termes utilisés ne sont pas les mêmes, le contenu et les fondements de l'estime de soi sont identiques.

→ Le sentiment de sécurité, de sûreté et de confiance en soi

Ce sentiment, se définirait par le bien-être et l'assurance que l'enfant ressent dans certaines situations. Il impliquerait la compréhension des limites, la connaissance des attentes d'autrui et le sentiment d'être confortable et en sécurité. A l'inverse, un sentiment d'insécurité se caractériserait par l'incertitude, le doute, et l'insécurité.

Pour que les enfants puissent se sentir à l'aise et en sécurité, il est nécessaire de combler leurs besoins de base. L'enfant éprouve un sentiment de sécurité, de sûreté et de confiance lorsqu'il a une vie stable dans le temps, l'espace et ses relations avec les autres mais aussi avec lui-même. Le sentiment de sécurité et de sûreté leur permet de franchir l'étape suivante : essayer de nouvelles choses et apprendre à se connaître.

Lorsque les enfants se sentent en sécurité, ils sont moins susceptibles d'avoir peur des échecs et sont plus enclins à essayer à nouveau s'ils échouent à la première tentative. Ainsi, ils pourront réussir.

Le sentiment de sécurité et de confiance en soi est à la base de l'estime de soi. Ce sentiment se constitue au fil des relations d'attachement et des expériences que fait l'enfant.

→ *Le sentiment d'identité, la vision de soi et l'amour de soi*

Le sentiment d'identité est essentiel à l'estime de soi ; l'enfant doit pouvoir se reconnaître en tant qu'individu et positiver ses différences. L'enfant doit pouvoir se sentir comme un être spécial et important pour les gens qui l'entourent. Apprendre à reconnaître la valeur de sa force personnelle, par le biais du regard de l'autre, constitue une étape importante pour une bonne estime de soi.

En fait, une bonne image de soi aboutit à l'amour de soi mais sous l'influence du regard que l'autre porte sur soi. Or, le regard de l'autre n'est pas toujours bienveillant pour le sujet bègue.

Les carences à ce niveau là resurgissent dans la vie adulte et certains psychiatres les retrouvent sous le nom de trouble de la personnalité.

→ *Le sentiment d'appartenance à un groupe*

L'enfant, qu'il ait trois ou sept ans, ressent de la satisfaction lorsqu'il se sent appartenir à un groupe. Là encore, l'enfant a besoin de savoir qu'il est important et qu'il compte aux yeux des autres.

Ce que les autres disent à l'enfant, ce qu'ils pensent de lui, la façon dont ils le voient, etc. aide l'enfant à se définir, à modifier son image de lui-même et sa valeur personnelle. De plus, comme le souligne G. Duclos (21), le concept du moi se construit en parallèle du concept d'autrui.

→ *Le sentiment de détermination et l'affirmation de soi*

En s'affirmant, l'enfant exprime ses besoins en en faisant la demande mais il réalise aussi que les autres ne sont pas obligés de les combler, ou encore, que cela peut prendre du temps. Cette affirmation de sa personne, de sa valeur personnelle permet à l'enfant d'enrichir l'estime qu'il a de lui-même. C'est en étant déterminé pour faire reconnaître sa valeur personnelle aux yeux des autres que l'enfant augmente aussi « son capital » d'estime de soi.

→ *Le sentiment de compétences*

Ce sentiment implique de pouvoir se sentir capable d'accomplir certaines choses. C'est grâce à ses expériences diverses, notamment des réussites, que l'enfant développe ce sentiment de compétence personnelle. Pour un jeune enfant, sa perception de la réussite ou de l'échec se base sur le résultat car, à cette période, il est difficile pour lui d'intégrer les multiples éléments qui impliquent un résultat final.

5) *Les besoins de l'enfant à la base de l'estime de soi*

Selon le Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, « en langage courant, le besoin désigne une exigence de la nature ou de la vie sociale supposant un assouvissement rapide. Pour A. Maslow, il existe des besoins fondamentaux (alimentation, sommeil, sécurité, habillage..), des besoins de considération, des besoins de dépassement.

Selon A. Maslow, « Leur non-satisfaction dans l'enfance entraînerait des troubles du développement et l'impossibilité de faire face aux événements et aux contraintes de l'existence. »

En 1954, A. Maslow, élabore une théorie selon laquelle, les besoins naturels de l'homme se hiérarchiseraient sous la forme d'une pyramide.

Nous allons décrire les besoins des enfants qui sont à la base de l'estime de soi, en s'appuyant sur cette pyramide et en partant du principe que les besoins physiologiques ont été comblés.

- ***Le besoin de sécurité***

Le besoin de sécurité est le niveau 2 de la pyramide. Pour que celui-ci puisse être satisfait, il faut que le niveau 1 : les besoins physiologiques soient comblés ou tout au moins, en partie. Une insatisfaction du niveau 2 engendrerait la peur chez l'enfant, et l'enfant cherchera par tous les moyens à rétablir ce déséquilibre.

R.W. Reasoner, un concepteur de programme sur l'estime de soi au Québec, donne une définition de ce qu'il appelle le sentiment de sécurité, « il signifie comprendre les limites, connaître les attentes et se sentir confortable et en sûreté. C'est un préalable pour une estime de soi positive. L'enfant doit avoir un sentiment de sécurité avant de pouvoir se percevoir de façon réaliste et prendre des initiatives. »

La sécurité physique

G. Duclos (21), décrit la sécurité physique comme une sécurité « exogène » ou sécurité extérieure. Il s'agit ici, pour les personnes entourant l'enfant, de mettre en place des démarches qui permettent d'assurer la sécurité physique à l'enfant. Le but est de constituer un espace sécurisé dans lequel l'enfant peut évoluer avec des règles et des limites qu'il ne doit pas dépasser. Le fait de prendre en compte et de donner de l'importance à la sécurité physique de l'enfant va contribuer à renforcer l'image positive qu'il peut avoir de lui et favoriser le développement de l'estime de soi.

La sécurité affective

C'est pour G. Duclos (21) la sécurité « endogène » ou sécurité intérieure. Celle-ci est tout aussi importante que la sécurité extérieure. Il s'agit là, pour les parents, de se montrer rassurants et bienveillants à l'égard de l'enfant afin que, plus tard, il puisse avoir confiance en lui mais aussi en les autres.

La mise en place de règles de vie, de permissions et d'interdictions contribue à générer un espace de vie cohérent et rassurant pour l'enfant. Elles apportent des repères et des références de vie sociale.

La sécurité est liée au besoin d'amour et dépend donc des référents et du rôle qu'ils joueront auprès de l'enfant. La réassurance et les repères de vie sociale apportés par les parents contribuent à baigner l'enfant dans une sécurité affective.

Le doudou de l'enfant lui procure aussi une certaine sécurité car il se sent rassuré et important en « tant qu'individu relié à quelqu'un » (E. Rigon).

Grâce à la régularité des soins qu'on lui apporte et à la présence stable des adultes autour de lui, l'enfant arrive peu à peu à ressentir une sécurité affective qui lui permettra d'avoir une attitude de confiance par rapport à l'autre et à lui-même.

- ***Le besoin d'appartenance à un groupe***

Chez A. Maslow, la satisfaction des niveaux 1 et 2 est fondamentale et prioritaire, mais largement insuffisante pour que l'individu se sente heureux. Comme l'enfant est un être social, il a besoin de relations avec les autres, de communiquer et de recevoir une réponse affective. Si les besoins de l'enfant au niveau 3 sont insatisfaits, il ressent alors de la tristesse, du pessimisme, de la solitude et de la dépendance. L'enfant a besoin de faire partie d'un groupe, de se sentir reconnu par les autres pour pouvoir se reconnaître lui-même.

Ce besoin d'appartenir à un groupe augmente au fur et à mesure, avec l'âge de l'enfant. Selon G. Duclos (21), tout au long de sa vie, l'être humain est « tiraillé entre deux formes de reconnaissances nécessaires au développement et au maintien de l'estime de soi : la reconnaissance de sa singularité (identité) et la reconnaissance de sa conformité.» En effet, l'enfant, déjà très jeune, vit un paradoxe continu, car il a besoin d'être confirmé dans son identité, dans le fait qu'il est une personne unique. En même temps, il ressent le besoin d'appartenir à un groupe. Lorsque l'enfant participe à des activités communes, avec d'autres enfants, cela lui permet de confirmer son existence par la place que lui donnent ses camarades dans le groupe.

Pour arriver à ce besoin, ce sentiment d'appartenir à un groupe, il faut un long apprentissage de coopération et de collaboration avec les uns et les autres. La dépendance affective de l'enfant à l'égard de ses parents s'estompe pour parvenir à une dépendance à l'égard de ses amis. C'est ce qui constitue, pour G. Duclos (21), l'estime de soi sociale. L'estime que ses copains ont sur lui aura plus d'influence sur son estime de soi. L'enfant doit donc apprendre à se décentrer de lui-même pour prendre connaissance et conscience des autres. Le sentiment d'appartenance au groupe se développe chez l'enfant s'il se sent estimé par les autres.

Cela se démontre si on lui donne des responsabilités, relatives à son âge, afin qu'il puisse être reconnu par les autres dans ses spécificités.

Le groupe d'enfants devient donc une source de réactions positives, permettant à l'enfant de se sentir unique et aimé, ce qui rehausse son estime de soi.

- ***Le besoin de reconnaissance***

Le besoin de reconnaissance est considéré dans le niveau 4 de la pyramide de Maslow. L'enfant a besoin d'être reconnu comme une personne à part entière, respectée et estimée pour ses capacités, ses émotions, ses sentiments. Mais l'enfant a aussi besoin de s'estimer lui-même.

En se connaissant et en se reconnaissant, il apprend à reconnaître ses capacités et donc, à améliorer son estime de soi.

- ***Le besoin d'autonomie***

Le besoin d'autonomie se situerait dans le niveau 5 de la pyramide de Maslow et contribuerait à la réalisation de soi et à la création. Si tous les autres niveaux ont pu être satisfaits ou en partie, alors l'enfant sera dans la possibilité de développer son autonomie au travers de la prise d'indépendance ; et ceci en réalisant ses propres expériences et en prenant conscience de son potentiel d'action.

L'accès à l'autonomie est également un élément essentiel pour une vie sereine de l'enfant.

Le terme d'autonomie est composé d'«auto» qui veut dire « soi-même » et de «nomos» qui signifie « lois ». Accéder à l'autonomie consisterait alors à se donner ses propres lois. L'autonomie, c'est être capable d'évoluer librement pour faire ses propres découvertes, tout en étant soutenu de façon discrète et sécurisante par un adulte.

Cependant, il ne faut pas faire d'amalgame avec la liberté totale ou l'isolement. L'autonomie se caractérise par le fait d'être dans la capacité de rompre le lien avec l'environnement proche et de diminuer de ce fait, l'indépendance existante. Le degré d'autonomisation va orienter la vie future de l'enfant, et pour que celui-ci rentre dans le monde des adultes, il est important que l'environnement lui laisse un champ d'action relativement libre, tout en continuant à le diriger dans un cadre de vie sécurisant et rassurant, et en satisfaisant sa demande affective. C'est par ses propres expériences et en le laissant libre d'être lui-même que le processus d'autonomisation s'effectuera.

Ce besoin d'autonomie est avant tout une affirmation de soi, de sa valeur personnelle.

L'autonomie se rapproche plutôt d'une « indépendance psychoaffective » comme la définit D. Winnicott.

C'est à dire que l'on peut parler d'autonomie lorsque l'enfant a acquis une conscience de soi. L'enfant a donc besoin de se sentir autonome pour faire des expériences et des découvertes qui le conforteront dans l'estime qu'il a de lui-même. Selon E. Buzyn « c'est dans le [jeu](#) que l'enfant peut s'autoriser sans risque à ne dépendre que de lui-même. La libre organisation de ses fantasmes, de ses désirs (...) lui procure une jubilation liée à la découverte du sentiment de liberté. » C'est en effet dans le jeu que l'enfant peut s'autoriser à ne dépendre que de lui-même sans trop de risques. Il sait de plus, qu'il est sous la surveillance de l'adulte. Il découvre une autonomie temporaire, mais qui lui permettra de se construire une base dans son autonomie.

- ***Le besoin de jeu***

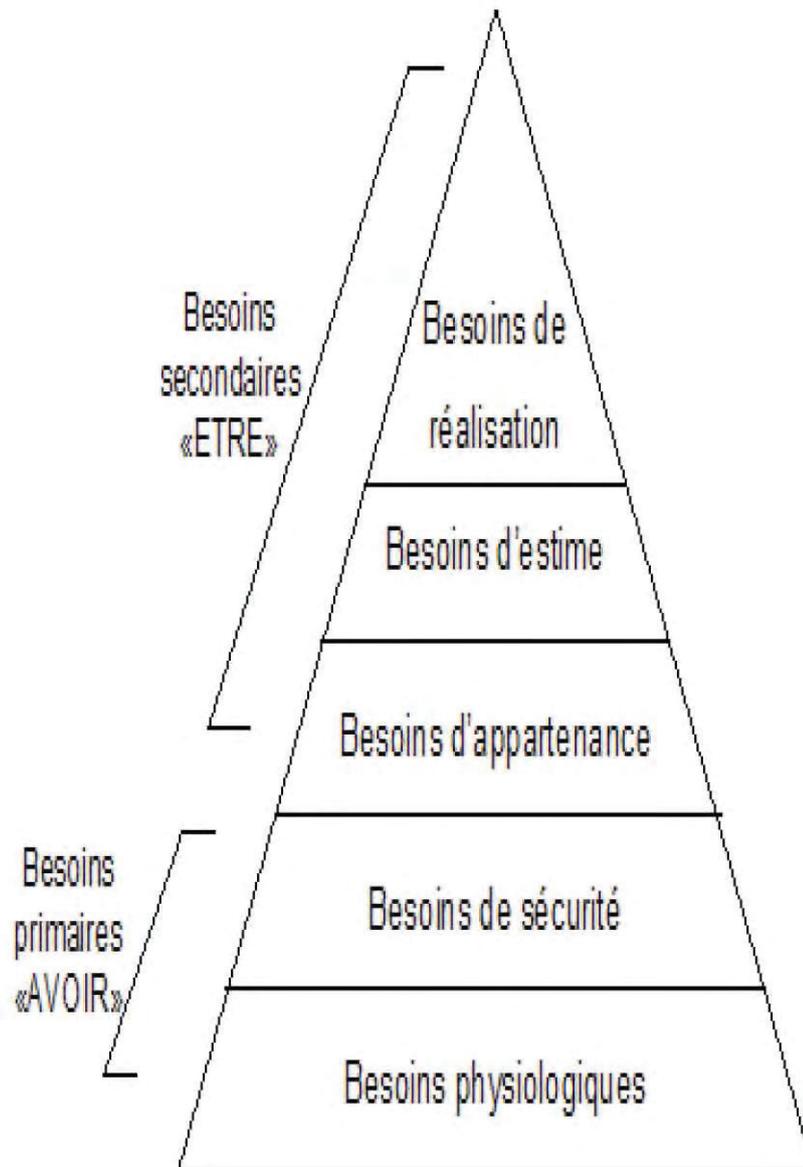
Le jeu représente une nécessité pour l'enfant. Il lui permet d'explorer, de communiquer avec autrui. Et c'est également un moyen pour l'enfant de maîtriser physiquement et psychiquement son monde environnant. Le jeu se veut collectif ou individuel. Il permet de faire des expériences et des découvertes. F. Dolto disait que « le jeu c'est apprendre à être, c'est apprendre à vivre, aussi bien seul qu'avec les autres. »

Le jeu est un processus d'éducation complet et indispensable au développement physique, psychomoteur, psychoaffectif et [cognitif](#) de l'enfant.

L'enfant investit la pratique du jeu et contribue ainsi au développement de sa construction identitaire. Il l'aide à la connaissance de soi et/ou la connaissance des autres. C'est grâce au jeu que l'enfant fait de nombreux apprentissages, dès le plus jeune âge. L'enfant en a besoin pour la communication, pour apprendre à connaître son corps et s'en faire une image, pour se socialiser aussi. En effet, le jeu permet la [socialisation](#) progressive de l'enfant. Par le jeu, l'enfant découvre son corps, découvre ensuite le monde qui l'entoure et se l'approprie. Le jeu lui permet aussi d'exprimer ses sentiments, ses émotions. Il permet à l'enfant de développer différentes capacités, dans différents domaines, ce qui le valorise et lui permet d'augmenter son capital d'estime de soi.

« Une activité ludique quotidienne participe à la construction de l'individu » (J. Cohen-Solal)

En résumé, on peut dire que le jeu est primordial pour la construction de l'enfant, de sa personnalité, et de son estime de soi.



LA PYRAMIDE DES BESOINS
SELON MASLOW

6) *Les défauts d'estime de soi*

L'enfant qui n'aura pas été entouré affectivement et qui n'aura pas reçu l'amour d'un environnement proche aura des difficultés à avoir une bonne image de soi, et par conséquent, une bonne estime de soi.

Le sentiment d'être important dans les yeux d'une personne, d'avoir un regard bienveillant et positif sur sa propre personne est essentiel au développement narcissique de l'individu.

Et on peut difficilement s'aimer soi-même, si on ne se sent pas aimé, valorisé par ses parents. On a tous besoin de se sentir l'enfant de quelqu'un pour s'épanouir et développer nos compétences.

La dévalorisation de l'enfant

L'enfant, s'il se dévalorise, passe par le langage. Il formule à son égard des critiques. Il verbalise son sentiment d'insuffisance. Cependant, il peut arriver qu'après un échec à l'école ou autre, il ne se sente pas capable de faire quelque chose et le verbalise. Cela n'est pas inquiétant en soi. Pour que la dévalorisation d'un enfant à son égard devienne inquiétante, il faut que cela soit répété plusieurs fois dans la semaine, voire même dans la journée. L'enfant a le sentiment de ne pas avoir la valeur personnelle de faire telle ou telle chose, ce que l'on retrouve fréquemment chez l'enfant bègue.

Le regard des parents ou de l'adulte sur ce que fait l'enfant est important pour ce dernier. Ainsi, si le discours de l'adulte est en permanence dévalorisant, il peut vraiment être destructeur pour l'enfant. Si l'on répète à l'enfant constamment qu'il ne vaut rien, alors il va finir par intérioriser ce discours et en faire le sien.

L'échec

Certains échecs peuvent frapper l'enfant dès le plus jeune âge, mais c'est surtout au moment de l'entrée à l'école que l'enfant qui s'estime peu va entrer dans la conduite

d'échec. Car, avec l'entrée à l'école, il va se confronter au groupe social. Le fait de se comparer aux autres, d'être noté et observé par l'instituteur (-trice) va stimuler sa valeur personnelle. Mais, pour des enfants qui ont une basse estime de soi à la base, la situation scolaire peut devenir une épreuve.

Les erreurs sont aussi une forme d'apprentissage. Cependant, si l'enfant a une mauvaise estime de soi, alors l'erreur le fige, le bloque et ne lui permet plus d'avancer. Si l'estime de soi est basse, l'enfant a du mal à se remettre de cet échec qui reste douloureux et durable. Il en est de même pour la critique à laquelle un enfant qui a une basse estime de lui-même sera plus sensible en intensité et en durée, qu'un enfant ayant une bonne estime de lui.

La fausse bonne estime de soi

Il faut faire attention aux apparences. Un enfant faisant preuve d'une grande estime de lui-même, se montrant content de lui, voulant sans arrêt se mettre en avant et prouver ses compétences, n'a pas forcément une si bonne estime de lui-même qu'il veut le laisser paraître. Toutes ces manifestations d'estime de soi peuvent être révélatrices d'un malaise chez l'enfant. En effet, il pourrait douter de ses capacités et chercher à se rassurer. « A la suite d'une construction de soi défailante, son sentiment d'existence est entièrement bâti sous la dépendance du regard des autres ». (E. Rigon) Faute d'une réelle bonne estime de lui, l'enfant pourrait chercher à se faire remarquer par les autres en se mettant en avant. Il chercherait parfois l'admiration d'autrui.

L'enfant apparemment très narcissique et sûr de lui ne l'est, en fait, pas toujours. Il ne serait pas si sûr qu'il le laisse paraître, de ses capacités et de sa valeur personnelle. L'enfant voudrait plaire à ses parents, à son entourage ; et pour cela, il se construirait selon l'image qu'il voudrait leur donner, et non comme il en aurait envie.

« C'est pourquoi en psychologie, on parle souvent de « fausse construction de soi ». (E. Rigon) L'enfant va donc se faire une idée de sa valeur personnelle qui ne sera pas authentique.

L'abandon et l'estime de soi

L'un des besoins fondamentaux de l'enfant est de se sentir en sécurité avec ses parents. C'est surtout de savoir qu'ils seront toujours présents auprès de lui et ne l'abandonneront pas. Si les parents semblent ne pas respecter cela, l'enfant peut être effrayé. Il prend l'abandon comme une trahison qui va endommager, à court ou long terme, son estime de soi. L'abandon peut être interprété comme un rejet, un rejet de la valeur personnelle de l'enfant. Il culpabilise de l'acte d'abandon de son parent, en se sentant responsable du fait que celui-ci ne s'occupe plus de lui.

En plus de la souffrance, du rejet et de la « perte » du parent, l'abandon affectera la définition de soi de l'enfant. Car l'identité dépend essentiellement des liens qu'il a avec les autres.

Dans le cas de l'abandon, le sentiment de ne plus être en relation invalide l'estime de soi. L'enfant se sent diminué, il lui manque une partie de lui-même. C. Pickhardt, relate les propos d'adultes ayant été abandonnés et qui disent ressentir un vide intérieur.

La dépression et l'estime de soi

Selon C. Pickhardt (22) : « Le terme dépression se réfère à un état d'accablement grave où la personne stagne émotionnellement ; elle est piégée par le chagrin, le désespoir, l'impuissance et la colère, et est dépourvue de l'énergie, ou de la détermination indispensable pour effectuer des changements positifs. »

Le manque d'estime de soi peut entraîner une dépression due à une construction du soi défaillante. Les rapports entre l'estime de soi et la dépression sont souvent complexes car ils dépendent aussi des éléments déclencheurs du manque d'estime de soi, et donc de la dépression.

La dépression anéantit souvent la capacité et l'envie d'une personne d'affronter la vie. La dépréciation de soi amène à une dépression. On sent chez ces enfants une tristesse, qu'ils ne se réjouissent jamais totalement et refusent tout ou presque. En revanche, si un enfant a une vraie bonne estime de soi, il risque moins les états

dépressifs. Car les forces que procure l'estime personnelle luttent contre la dépression, en quelque sorte.

L'un des facteurs qui entre en [jeu](#), dans la construction de l'identité d'un enfant et l'acquisition de l'estime de soi chez cet enfant, est sa famille et la « place » que l'enfant va y prendre. Ce lien avec la famille, va permettre à l'enfant de se construire une identité et de se procurer un sentiment de valeur personnelle. Toutefois, les parents dont les enfants sont « placés » sont eux-mêmes confrontés à des problématiques difficiles : la toxicomanie, l'alcoolisme, les violences, la dépression, les troubles psychiatriques,... qui peuvent les empêcher d'élever leurs enfants. Le cadre familial déstructuré peut donc être à la base d'un manque d'estime de soi chez un enfant.

Par conséquent, la guidance parentale joue un rôle important dans la prise en charge du bégaiement. Les parents vont avoir un contact régulier avec les professionnels de santé qui vont les informer, les conseiller et les accompagner tout au long de la rééducation de leur enfant, afin de réduire, voire faire disparaître, toutes les situations familiales et quotidiennes qui sont susceptibles de renforcer le bégaiement. La prévention dédramatise la problématique et brise le tabou. A tort, l'opinion publique a longtemps été passive face au bégaiement du jeune enfant, pensant que le trouble disparaîtrait de lui-même, alors que la prise en charge précoce est la meilleure façon de le faire disparaître.

C. Regard de l'autre, regard sur l'autre au sein de la fratrie

Pour E. Vincent (orthophoniste) (5), il s'agit ici d'envisager les relations au sein d'une fratrie tout en prenant en compte la relation aux parents. Le tout jeune enfant ne fait pas encore la distinction entre lui et l'extérieur. Il se croit l'investigateur du monde qui l'entoure et croit que le sein, par exemple, se manifeste comme s'il l'avait créé lui-même. Les choses changent lorsque l'enfant prend conscience de son individualité. Il apprend alors rapidement que, fermer les yeux ne permet pas de faire disparaître une réalité déplaisante. Cette nouvelle perception l'installe ainsi dans une spatialité où il se voit comme un autre. La découverte de son image vient troubler le vécu fusionnel de l'indifférenciation en introduisant l'autre.

Et à travers le frère, l'enfant se confronte à un autre semblable ; et donc pas réellement différent. Lacan a conceptualisé ce moment autour de ce qu'il a appelé le « complexe de l'intrus ». L'arrivée d'un petit frère lui fait prendre conscience qu'un autre va venir s'intercaler dans la relation entre lui et sa mère ; ceci déclenchant un sentiment de jalousie. Cet affect joue un rôle positif car il témoigne de cette nouvelle perception de l'altérité.

Elle passe donc par la perception que l'enfant a de lui-même, dans un jeu de regard entre lui, sa mère et son image renvoyée par le miroir. Il se sent alors dépendant de cette image renvoyée et face à ce bouleversement, il tente de retrouver la vision idéale de lui, au temps où il était regardé comme la première merveille du monde. Il cherche dans le regard maternel une reconnaissance narcissique, passant par la valeur qu'il prend pour celle dont sa vie dépend. L'enfant va progressivement recourir parallèlement à d'autres supports d'identification. C'est ainsi que le grand frère peut servir de modèle auquel il va s'identifier. Ce grand frère va faire éprouver des sentiments ambivalents : mélange d'amour et de haine, plus facilement viable que si c'était projeté sur la mère. Toutefois, selon les études menées par Elisabeth Vincent, il est rare de retrouver de l'agressivité chez un enfant bègue pour le grand-frère.

Sous forme de moi idéal, l'enfant va tenter d'être à l'image correspondant à ce que la mère désire. Selon lui, le frère est la représentation même de ce qui comble la mère. Mais la tentative de se fondre dans le désir de l'autre emprisonne l'enfant dans une image

idéalisée de lui-même, où il se trouve alors dans l'impossibilité d'expérimenter ses propres désirs.

Les enfants bègues sont souvent évoqués par leurs parents comme des enfants gentils, au point même de susciter chez eux des inquiétudes. Investir le frère comme moi idéal suppose que cette place n'est pas hors de portée. La pression, ainsi créée par les efforts pour se conformer à un modèle sans pouvoir l'atteindre, est loin d'être négligeable dans la constitution du bégaiement. L'enfant reste assujéti à son image, dans le souci constant de se conformer à ce qu'il imagine du désir maternel. Il demeure préoccupé du paraître, n'ayant pas trouvé l'assurance de sa propre valeur dans le simple fait d'être; l'opinion des autres prend une place importante, limitant son champ d'action par un emprisonnement dans l'image qu'il veut donner. L'enfant est rivé à la perception de l'approbation de la mère dans son regard. Ainsi, dans un souci d'une belle parole, le bègue devient sensible aux jugements, qu'il perçoit ou suppose dans le regard des autres, projetant fréquemment ses auto-dépréciations. Celles-ci semblent souvent faire écho à une insatisfaction ressentie chez le référent parental.

D. Aspects psychologiques du bégaiement

La psychologie est l'étude du comportement, des traits, des attitudes réactionnelles handicapantes du bègue. (honte, culpabilité, agressivité)

Plusieurs traits retentissent sur la personnalité du bègue : le trouble entraîne des réactions handicapantes qui retentissent sur la personnalité.

Mais cela est différent de quelqu'un qui naît avec un trouble de la personnalité : ici, c'est la souffrance qui entraîne les réactions handicapantes.

Ces traits font la différence entre bégayer (ponctuel) et être bègue (attitudes handicapantes, conséquences du trouble). Le fait d'être bègue n'est pas inscrit dans la personnalité.

Ces traits de comportement font partie des indices de chronicité. L'analyse des comportements renseigne sur l'aspect chronique, sur la date de début des bégayages, ainsi

que sur la gravité du trouble. L'installation d'un comportement déviant construit la personnalité de l'enfant qui risque de voir son trouble continuer à l'âge adulte, avec une gêne à la communication, accompagnée d'une dévalorisation personnelle.

1) Les traits de personnalité

Ils sont inconscients.

a) D'après « le pavillon d'or » de Mishima :

On retrouve une dévalorisation, un trouble vécu comme une tare, un handicap, une infirmité.

Cette pathologie est également vécue comme irrémédiable alors que le bègue peut passer des jours entiers sans bégaiement. C'est fluctuant, mais il n'a aucune conviction, aucune certitude; il sait que ses accidents de parole vont resurgir, donc, il reste malheureux. Il ne sait pas comment maintenir la fluidité.

Il ressent également un sentiment de frustration, d'infériorité liée à leur trouble; le bègue pense que, s'il ne bégayait pas, les autres verraient sa valeur.

De ce fait, l'agressivité est susceptible de se développer.

D'après Mishima, il est aussi répertorié l'idée d'être missionné par quelque chose de transcendant, une perte de tous les autres modes d'expression (il pense que seuls les mots vont l'aider à s'exprimer), un sentiment que l'interlocuteur est fixé sur son bégaiement, que l'on se moque souvent de lui à cause de son bégaiement.

Tout est interprété comme réaction au bégaiement. Il interprète l'attitude de l'autre comme un jugement. Il n'écoute pas l'autre pour ce qu'il a à lui dire, mais pour observer que l'autre est en train de le juger.

b) Sentiment d'échec et désir d'échec : ambivalence :

Le faible pourcentage de bègues qui font une demande de rééducation, disent qu'ils ont besoin d'aide, que leur vie est un enfer (sentiment d'échec). Ils espèrent sincèrement que l'orthophoniste va enfin pouvoir leur venir en aide.

Le bègue pense que l'orthophoniste ne peut comprendre son trouble car elle ne le vit pas

de l'intérieur. Notre travail est de partager avec lui l'explication de la sémiologie de sa pathologie, lui montrer qu'on sait le prendre en charge et qu'on reconnaît sa souffrance, pour qu'il ait plus confiance.

Consciemment, il vient chercher de l'aide mais peut penser de façon inconsciente que l'orthophoniste échouera.

Certains bègues ont la certitude d'être supérieurs à nous dans certains domaines et pensent que personne ne peut les aider. Ceux-là ont du mal à accepter l'aide proposée, car cela voudrait dire qu'ils reconnaissent leur trouble et leur différence. Le bègue tire sa force et son identité de son bégaiement.

c) Infériorité et supériorité :

Certains bègues se sentent inférieurs par rapport à la façon dont les autres s'expriment. En outre, ils se sentent aussi intelligents que les autres, si ce n'est plus.

La plupart du temps, ce sentiment ambivalent est inconscient. Pour eux, ce sentiment n'appartient pas à la sémiologie du bégaiement.

Le sentiment de supériorité est alimenté par le sentiment séparatiste du trouble : « le bégaiement me met à part, je suis différent des autres ».

L'anomalie appartient à l'identité de l'individu, certains conçoivent cela, mais ce sentiment d'être différent renforcera un sentiment inconscient d'être un élu et d'avoir une mission. Ils ne verbalisent pas ce sentiment séparatiste et ne passent pas à l'acte.

Mais, pour certains, cela leur permet d'avoir des objectifs particuliers (métier, social, famille ...) et d'avoir une sorte de compensation spirituelle. En effet, certains bègues aspirent à un métier dans la communication, un poste à responsabilités, ils veulent sauver le monde et diriger les autres (éducation nationale, armée, police...). Et ils ressentent toujours une certaine frustration à ne pouvoir faire ce pour quoi ils sont missionnés.

Cette idée entraîne le maintien du bégaiement, ne voulant pas être comme les autres.

Il faut noter que cela ne ressemble pas du tout à une personnalité psychotique, mais tous les bègues ont ce comportement là à des degrés différents.

2) Les traits observables

Ce sont les choses qui se voient, le bègue peut en prendre conscience par un retour.

a) Les techniques de désengagement :

C'est prendre un engagement et y mettre fin.

Par ex : dans la communication, quand il sent qu'il va bégayer, il y a plusieurs possibilités :

- * regarde ailleurs (ce qui est inconscient)
- * passe à autre chose
- * change de sujet
- * abandonne l'objectif 1^{er}
- * abandonne purement et simplement : comportement déviant qui met mal à l'aise
- * transforme son propos : comme s'il s'était trompé.
- * fait comme s'il oublie, il s'arrête (il feint d'oublier)
- * arrête la communication en prétextant qu'on ne peut le comprendre, qu'on n'en vaut pas la peine, qu'il n'a pas le temps ou l'intérêt à dire : c'est irritant, agressif

L'interlocuteur va accepter cette étrangeté dans le comportement par un retrait.

- * force pour faire passer les mots : notion d'effort

b) Les techniques d'évitement :

C'est éviter les situations, les thèmes, les mots, les sons, les personnes que le bègue estime responsables de son trouble ou de son l'aggravation. La différence avec le désengagement est qu'ici, le bègue n'est pas engagé, au contraire il va contourner la difficulté, en l'évitant. Il peut alors se faire passer pour un sourd et écrire sur un bout de papier sa requête, ou encore, faire comme s'il ne comprenait rien.

Par exemple, les boulangeries sont évitées car elles obligent le bègue à hausser la voix, à se presser (pression de la file d'attente). Les téléphones sont aussi souvent évités car il

n'y a pas de vision de l'interlocuteur.

Les phonèmes [s – t – k – p], les personnes supérieures hiérarchiquement, les noms propres, les lettres composant son nom, les réunions familiales, et les thèmes sur lesquels il est plus fragile (personnel, émotionnel...) sont généralement évités.

c) Les gestes de camouflage :

C'est la tentative du bègue à cacher son bégaiement au moment où il est exprimé, actualisé, entendu: il n'en a pas conscience.

Ces gestes vont de pair avec des sentiments de honte et de culpabilité ; ils génèrent de l'angoisse.

Ils sont différents des syncinésies qui ne sont pas faites pour cacher le trouble, mais pour canaliser l'énergie.

On observe par exemple la main devant la bouche pour parler.

d) Les délais d'émission :

Le patient réagit par des pauses tendues. Il y a souvent un délai entre la pensée et l'initiation de la parole, mais ce n'est pas un délai d'apaisement chez le bègue. Cette attente lui demande beaucoup d'énergie : c'est un délai d'impossibilité qui laisse à l'autre la possibilité d'intervenir, alors que ce n'est pas le moment.

Peu à peu, il s'habitue aux réactions des autres qui veulent intervenir, entraînant une attitude de précipitation. Il tente de supprimer les délais pour ne pas que l'autre intervienne.

e) Les anticipations négatives :

Elles rejoignent les techniques d'évitement. Le bègue anticipe négativement les difficultés qu'il va avoir à propos des mots, des sons, des thèmes.

Dans sa parole, le bègue sent que le mot suivant ne viendra pas. Du coup, apparaît une

g) Le bégaiement utilisé comme une arme :

Le bégaiement peut être utilisé pour mettre mal à l'aise, pour agacer. Le bègue ne veut se préoccuper du bien-être des autres alors qu'il souffre. Le bégaiement est à la fois une exhibition et une souffrance.

Certains pensent : « il n'y a pas que moi qui doit souffrir ». Ils recherchent chez l'autre une faille dans laquelle s'engouffrer pour avoir une force. Ils peuvent même aller jusqu'à exagérer leur trouble.

=> Une fois que l'enfant bègue devient adulte bègue, sa personnalité en est transformée. Il y aura toujours des séquelles, la peur et l'incertitude restent.

h) Le bégaiement : résultat de 6 malfaçons comportementales de F. Le Huche

- L'inversion du réflexe normal de décontraction des organes phonatoires.

Pour F. Le Huche (8), lors des accidents de parole, le bègue réagit par une augmentation de la tension (au lieu de la diminution), qui favorise la venue de nouveaux accidents de parole, qui deviennent plus nombreux et intenses. Il constitue la première atteinte sérieuse de l'acte de parole. La connaissance de cette première malfaçon permet de comprendre comment le bégaiement devient chronique. Nous pouvons déduire que, la prise en charge des accidents de parole va fixer peu à peu l'inversion du réflexe de décontraction: au lieu de lâcher prise, comme tout le monde quand ça accroche, le bègue va pousser sur les mots pour les articuler correctement.

- Perte du caractère automatique et spontané de la parole

L'individu, enchevêtré dans sa surtension créée par la première malfaçon, va recourir à des expédients qui vont lui permettre de parler, malgré l'excès de tension dans ses organes articulatoires et phonatoires.

Ces expédients sont divers : changer de mot, marteler les syllabes, préparer sa phrase en avance, inspirer un grand coup, taper du pied...

Cela permet parfois d'éviter les bégayages et l'on a alors un bégaiement masqué; mais la plupart du temps, ils persistent. Le plus préjudiciable, c'est la perte plus ou moins marquée du caractère spontané de la parole. Elle résulte même de la perte de l'objet référentiel de l'échange verbal.

L'objet référentiel de l'échange verbal : l'OREV selon S. et F. Le Huche

Lors des situations d'échange, la pensée devient dirigée, avec l'intention d'agir sur notre interlocuteur. C'est un travail imaginaire qui se tisse entre les deux personnes et qui va construire l'objet référentiel de l'échange verbal. Ce dernier est constitué de ce qui est déjà dit, de ce que l'on souhaite dire encore en anticipant la suite de l'échange, de ce que l'on présuppose de la position de l'interlocuteur, ou des autres interlocuteurs, et de leurs réactions possibles.

Le fait de parler n'est pas seulement exprimer sa pensée en mots, mais c'est surtout un échange direct de pensées à travers une relation d'échange. Il s'agit avant tout de s'intéresser à ce que l'autre veut dire, et non à comment il le dit.

Ainsi, en parlant, on ne pense pas aux mots qui vont formuler notre pensée mais à ce que notre interlocuteur comprend de ce que l'on dit. On pense à faire avancer notre propos dans la tête de celui qui nous écoute. C'est dans ce sens un acte imaginaire.

L'OREV évolue au fur et à mesure des ajustements de la pensée, tout autant par le comportement d'écoute que par la parole, et lorsque l'un d'eux prend la parole, il le fait en référence à ce dernier, en continuant à le construire; faute de quoi, on dira qu'il passe du coq à l'âne.

L'OREV porte la marque des relations émotionnelles des interlocuteurs, non seulement entre eux mais encore vis-à-vis du contenu du discours. Il présente un caractère de permanence pendant et après l'échange verbal, sur quoi se fonde le souvenir de cet échange. La dynamique de la parole verbale est en fait centrée sur la construction de l'OREV, dans le désir illusoire que cet objet soit, à la fin de l'échange, identique pour

tous les interlocuteurs. C'est l'insatisfaction de ce désir qui relance plus ou moins longtemps la discussion.

Le bègue se préoccupe uniquement des détails de sa parole : il change de mot, se bat contre les tensions musculaires, prépare sa phrase, fuit le regard, etc.... Il ne conçoit pas de tenir compte de l'attitude de l'autre. Le rêve inconscient du bègue est de dire ce qu'il a à dire, sans que l'autre intervienne, sans que l'interlocuteur lui coupe la parole, se mêle à sa pensée, transforme ses idées. Il voudrait parler sans OREV, sous forme de monologue.

- La perte du comportement tranquillisateur

Lorsque nous avons un accident de parole, nous signalons automatiquement à notre interlocuteur par un geste ou une remarque que nous avons eu conscience de cet accident. L'interlocuteur perçoit ces deux manifestations et les met également automatiquement dans la « corbeille » de son ordinateur cérébral.

Avec ce signal, c'est comme si l'accident de parole n'avait pas existé. Autrement dit, plus nous signalons les accidents de parole, moins notre interlocuteur y prête attention. C'est ce que nous appelons le comportement tranquillisateur.

La plupart du temps, tous les messages tranquillisateurs ont disparu de la parole des personnes bègues.

La personne bègue se comporte comme si son bégaiement, vécu comme une tare honteuse, ne regardait qu'elle-même. Cette attitude de non-dit, de déni, d'un bégaiement pourtant évident, oblige en général l'interlocuteur à adopter une attitude similaire, en se comportant lui aussi, comme si le bégaiement n'existait pas. Se met alors en place insidieusement une situation de non-dit, dans laquelle la transgression serait inacceptable. Le bégaiement devient tabou, empêchant le canal de communication de continuer à se réaliser.

Dans la plupart des cas, les bègues ne parlent pas de leur bégaiement et essaient désespérément de cacher leurs accidents de parole plutôt que d'adopter un comportement tranquillisateur.

- La quatrième malfaçon : perte de l'acceptation de l'aide

Les tentatives d'aide, heureuses ou non, sont des événements qui participent à l'interaction langagière la plus ordinaire.

Dans 60% des cas, d'après l'étude de D. Piette, cette aide serait ressentie par la personne bègue comme un affront humiliant, comme un jugement d'incapacité honteuse. Il y a, chez le bègue, de multiples malentendus possibles concernant l'intervention de l'interlocuteur. Elle est le plus souvent vécue comme un juge de sa parole.

- La cinquième malfaçon : perte de l'auto-écoute différée

Lorsque nous parlons, on est en capacité de s'entendre, d'écouter ce que nous venons de dire, en profitant du temps de la mémoire immédiate. Or chez 20% des bègues, cette réécoute imaginaire est impossible. Il s'agit d'une sorte de surdité. Une surdité sélective qui ne concerne que sa propre parole d'abord, mais aussi celle d'autrui. Quand il peut se réentendre, les bégayages ont été « évacués ». C'est ainsi que les bègues perdent la notion de l'importance de leur bégaiement.

- La sixième malfaçon : altération de l'expressivité

En effet, lorsqu'on parle, on dit beaucoup plus de choses que ce que disent les mots eux-mêmes. Comme le décrit F. Le Huche (8):

« Vous dites en même temps, d'une part, dans quels sentiments vous êtes vis-à-vis de ce dont on parle et, d'autre part, dans quels sentiments vous êtes vis-à-vis de la situation dans laquelle vous parlez. Vous dites cela non seulement avec les modulations de votre voix et le rythme de votre articulation, mais encore avec l'expression de votre visage, votre attitude corporelle et les gestes qui accompagnent votre parole (...). »

Dans le discours de la personne bègue, ce que l'on ressent surtout, c'est la gêne ou la souffrance que lui procure son bégaiement. Comme le souligne A. Bensalah (19) : « la singularité du bègue n'est pas tant dans les hésitations, les répétitions, les achoppements,

les retours en arrière que l'on rencontre aussi chez les non-bègues, que dans le désarroi, le sentiment de fatalité qu'il laisse transparaître. »

De plus, lorsqu'on parle avec quelqu'un, on voit immédiatement comment cette personne réagit à ce que l'on dit et comment, d'une seconde à l'autre, varie cette réaction: à son sourire, à ses froncements de sourcils, à ses hochements de tête, à ses regards on peut se faire une idée de sa position vis-à-vis de ce que l'on exprime et des sentiments que cela lui inspire.

A l'inverse, lorsqu'on parle avec la personne bègue, on ne voit rien de tout cela. Il s'agit, pour elle, d'éliminer autant que possible toutes les émotions qui pourraient survenir au cours de la parole et qui viendraient en désorganiser le réglage artificiel.

3) Les traits non visibles

Le bégaiement a été représenté pour la première fois en 1970 par Joseph Sheehan ; il déclara : « le bégaiement est comme un iceberg, avec seulement une petite partie au-dessus de la ligne de flottaison et une bien plus grande partie en dessous ». L'iceberg en entier représente le bégaiement et la partie émergée revêt les troubles de la parole, visibles et audibles par tous lors des situations de communication; cet aspect couvre seulement 10% du problème réel du bégaiement. Mais, lorsqu'on s'intéresse à la partie immergée de l'iceberg (partie imperceptible par ceux qui ne bégaiant pas), qui recouvre 90% du problème, on note une foule d'émotions et sentiments négatifs que les bègues éprouvent à l'égard de leur pathologie et de ce fait, à l'égard d'eux-mêmes.

Les mots les plus caractéristiques sont la honte, la culpabilité, la frustration, l'isolement, l'anxiété, le désespoir... Toutes ces émotions surgissent notamment lorsque le bègue doit faire face au regard de son interlocuteur et contribuent à une dépréciation de l'image personnelle et à une mauvaise estime de soi.

Comme il a été dit précédemment, l'estime de soi va influencer sur la vision du monde et la façon d'appréhender l'avenir. C'est pourquoi, dans la prise en charge orthophonique, rétablir une image de soi positive fait partie intégrante du processus thérapeutique et ne doit pas être négligé. Car cette représentation du bégaiement est un iceberg en « équilibre » : si l'on retire la glace au-dessus de l'eau (si l'on soigne la fluence verbale sans se préoccuper du versant psychologique), l'iceberg remontera

inexorablement, avec une partie constamment émergée. Pour soigner le bégaiement et faire en sorte que les bègues deviennent de bons communicants, il est indispensable de traiter les deux parties de l'iceberg.



CHAPITRE 5 : BEGAIEMENT ET TABOU

A) Croisement entre définitions et constats

L'histoire du tabou et du bégaiement montrent les liens qui les unissent. Le tabou, né des populations primitives polynésiennes, avait à cette époque, un caractère à la fois sacré et impur. Il finit par être une restriction imposée par la tradition et les coutumes, mais la signification restait la même : éviter la colère des démons.

Cette conception, aujourd'hui désuète dans le monde moderne, existe malgré tout encore. En effet, on a pu se rendre compte que dans les populations africaines, la parole bégayée serait le pont entre le monde réel et celui des divinités et ancêtres.

Par S. Freud (1), le tabou a été défini également comme une série de restrictions auxquelles les peuples se soumettent de façon naturelle, sans qu'il y ait forcément d'explication et dont la violation provoquerait un lourd châtement.

Le tabou a également des effets organisateurs, et ceux qui ne s'y soumettent pas sont exclus (et deviennent eux-mêmes tabous). A l'époque, l'homme primitif pensait qu'un objet dangereux était dangereux par le toucher. C'est à partir de cette idée que s'est développé le concept de la transmission.

Dans les définitions contemporaines, le tabou se manifeste par des restrictions et des interdictions, notamment sur les sujets qu'il est préférable de ne pas évoquer si l'on veut respecter les codes de la bienséance.

On se rend compte que, bien qu'aujourd'hui nous puissions relativement parler du bégaiement, il reste un sujet tabou quand les personnes non-bègues se trouvent face à une personne bègue en situation de communication. En effet, il est rare que, sans prise en charge au préalable, le sujet bègue évoque son bégaiement lors d'un dialogue avec un interlocuteur ; et il est d'autant plus rare que cet interlocuteur face état des accidents de parole de son partenaire.

Ainsi nous rejoignons un autre aspect de la définition du tabou selon M. Paperman (34) : « 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 formuler. » Par nature informulable, s'il est formulé, il perd son caractère tabou ; c'est un signifié annihilé par son propre signifiant. L'interdit même d'évoquer le bégaiement n'a pas besoin d'être formulé ; l'implicite loi du silence se met en place.

Par exemple, en Occident, la sexualité, la drogue ou l'inceste sont autant de sujets tabous, le bégaiement rentrant dans les tabous de la société française à la différence d'autres pays tels que les Etats-Unis par exemple.

En effet, cette pathologie a longtemps été mise sous silence ; mais depuis plusieurs années, des associations se sont créées, notamment l'APB (Association Parole Bégaiement), dont l'objectif principal est de faire parler du bégaiement et de le sortir de cette « mise sous silence ».

Jusque dans les années 1990, la seule source d'information était le rayon « troubles du langage » de la FNAC. Deux ouvrages étaient présents à cette époque : « L'enfant et son thérapeute du langage » de G. Dubois ; le second : « Le bégaiement, symptomatologie, traitement » de C. Dinville, préface de S. Borel-Maisonny qui faisait office de référence dans le domaine du bégaiement. On y trouvait des mots tels que : « comportement infantile », « arriération affective », ou « inadaptés sociaux » ; ceci reflétant l'image non engageante dans laquelle le bégaiement se trouvait encore enfermée.

C'est à la création de l'APB, en 1992, que le bégaiement a véritablement fait apparition dans les journaux. Cette association rassemble des personnes bègues, des praticiens, des chercheurs et toute personne concernée par le bégaiement ; ses axes d'actions tournent autour de quatre thèmes principaux : l'information, la prévention, la thérapeutique et la recherche. Pour cela, elle mène des campagnes d'information, à l'aide de documents diffusés par les professionnels de santé et de l'éducation, et ceci grâce au soutien des institutions publiques et privées. Son action est de plus en plus répandue par le biais des médias et rendue notoire aux yeux du grand public, permettant ainsi de sortir progressivement le bégaiement du tabou, dont il fait encore l'objet. Elle organise également des manifestations, répondant à ces objectifs avec, notamment, la journée mondiale du bégaiement en France, les colloques etc.

Bien que les médias comme la presse ou la télévision mettent souvent en exergue une image déformée du bégaiement, elles ont eu l'immense avantage de montrer au grand public que ce trouble pouvait constituer un handicap majeur pour celui qui en est atteint.

Au sujet du bégaiement et de la célébrité, même si certains journalistes ou commentateurs osent parfois mentionner le manque d'éloquence de certaines célébrités, telles qu'Albert de Monaco, personne n'ose prononcer le mot bégaiement à leur sujet, contrairement aux Etats-Unis.

Donc même si l'on peut noter une nette évolution depuis 15 ans au sujet de cette pathologie, celle-ci reste néanmoins encore taboue en France. Et l'on prend conscience des répercussions que cela engendre sur le sujet bègue, notamment un complexe de sous-estimation de soi, qui conduit les personnes souffrant de bégaiement à se construire un scénario de vie peu prometteur.

B) Les phénomènes susceptibles d'expliquer le tabou du bégaiement

Nous avons étayé précédemment les diverses raisons qui pourraient expliquer le fait que le bégaiement soit une pathologie taboue en France. L'histoire de cette pathologie, marquée par une dévalorisation constante des bègues, sous quelque forme que ce soit, n'a certainement pas incité ces derniers à parler ouvertement de leur bégaiement sans craindre des représailles. En effet, nous savons que le mot « bégayer », apparu au 15^{ème} siècle, est issu d'une lignée de mots dérivant du cri de la chèvre. Dès le début de son histoire, le bégaiement, assimilé à un cri d'animal, atteste d'une connotation de dérision et d'une évidente dévalorisation ;

Il semble que l'image négative que leurs « ancêtres » ont dû porter sur leurs épaules, est encore imprégnée dans les esprits des individus et contribue à retenir ce trouble dans les non-dits et les tabous de la société française.

Aujourd'hui, le bégaiement est encore sujet à moqueries, touchant les enfants qui en sont atteints lorsqu'ils se retrouvent confrontés au regard de l'autre. Il semblerait donc que cet aspect dérisoire, dont a été assigné le bégaiement, a perduré au travers des âges et des civilisations. Par conséquent, le bégaiement est devenu un sujet tabou car c'est quelque

chose dont on se moque encore, et qui entraîne inexorablement une dévalorisation de ceux qui en sont touchés.

De plus, il y a une quarantaine d'années, dans certaines théories psychodéveloppementales, l'environnement familial, notamment la mère, a été fortement incriminé quant à sa responsabilité dans l'apparition et/ou le maintien du bégaiement de l'enfant. Ces théories, aujourd'hui écartées, ont sûrement continué à figer le bégaiement dans le non-dit.

D'autre part, il est difficile pour un individu de dévoiler son handicap, quel qu'il soit. En France, la maladie, le handicap sont des sujets tabous et lorsqu'on pose la question du pourquoi, les raisons qui apparaissent le plus souvent sont la peur de l'inconnu, la peur de la contagion. Le non connaissance laisse place à un imaginaire dans la pensée des individus qui les conduit à des aprioris, à des fausses croyances concernant le handicap. Mains et mains individus malades ont été mis au ban de la société à cause de la crainte de la contagion.

Le bégaiement est un phénomène étrange, voire inconnu pour les non-bègues, et déclenche généralement un sentiment de gêne quand on le découvre chez son interlocuteur. C'est si simple de parler que le non-bègue a dû mal à comprendre pourquoi certains butent sur les mots, et parfois même, sont dans l'incapacité de les sortir ; conférant à leur discours un aspect à la fois tragique et comique. A ce sentiment de gêne, on ajoute cette implicite loi du silence, qui se met en place lors des situations de communication. Certains disent qu'elle prend naissance au sein de la cellule familiale et que ce phénomène est réitéré à l'extérieur. Entre le sentiment de gêne de l'interlocuteur et la perte du comportement tranquillisateur du sujet bègue, s'installe le non-dit, le tabou autour du bégaiement.

En effet, du fait que le bègue ne parle pas de son bégaiement, l'interlocuteur est poussé à « fermer les yeux » sur les accidents de parole, et le malaise s'installe.

Parfois, il a été relevé par des professionnels de santé que, dans certaines familles, le tabou du bégaiement prenait naissance au sein de la cellule familiale et était respecté à l'extérieur. Dans d'autres cas, et sûrement dans la majorité, c'est le tabou social qui fait loi et contraint les individus à se murer dans le silence.

On peut également observer des familles sujettes au bégaiement; on pourrait s'interroger sur le lieu de naissance du tabou ; à savoir s'il prend forme au sein de la cellule familiale.

L'histoire des bègues, et les diverses représentations dont ils ont été assignés, mettent en exergue les raisons pour lesquelles le bégaiement est une pathologie taboue, encore aujourd'hui. Mais nous avons vu qu'il existe de multiples raisons qui interviennent et on ne peut réduire la représentation taboue que revêt le bégaiement à une seule et unique cause. Son histoire, les éventuelles transmissions transgénérationnelles, sa psychopathologie sont autant de facteurs susceptibles de réduire à néant la verbalisation du bégaiement.

A partir de ce constat, il semble important de supprimer ce tabou existant, afin de réduire les influences négatives que subissent les personnes bègues, pour leur permettre enfin de construire une image positive d'eux-mêmes. Nous savons que l'estime de soi chez l'enfant bègue est entravée par le jugement et le regard que son environnement porte sur lui (que ce soit les camarades de classe comme les parents), engendrant ainsi des sentiments négatifs à son égard.

Il est essentiel de favoriser les campagnes d'information à ce sujet, pour briser le tabou dans lequel le bégaiement est enfermé, et permettre aux personnes bègues de vivre leur handicap plus librement.

D'ailleurs, la sensibilisation sur cette pathologie vient de connaître une forte ascension grâce à la sortie du film « Le discours d'un roi » qui, donnant une image concrète du bégaiement, a permis de faire évoluer le regard du grand public à ce sujet.

Ce film relate l'histoire De George VI, souverain d'Angleterre bègue, qui suit une thérapie aux côtés d'un orthophoniste, des plus innovantes pour cette époque.

Le Docteur M-C. Monfrais-Pfauwadel, phoniatre à Paris, a confié au Figaro que le bégaiement ne serait que la partie immergée de l'iceberg. Elle souligne : « Tant qu'on n'a pas travaillé sur le "cœur de glaciation", les blessures d'amour-propre, on ne peut pas venir à bout de l'iceberg. Dans le film, c'est exactement ce que fait Logue, on peut même dire qu'il attaque l'iceberg au pic à glace! »

«L'espoir a remplacé les moqueries et les ricanements. Pour les gens qui souffrent de bégaiement, *Le discours du roi* permet de faire un pas de plus vers la compréhension et

l'acceptation, tout en offrant une occasion unique de parler de leur problème dans un contexte d'empathie. Les bègues peuvent marcher la tête haute. C'est le plus grand apport de ce film», a déclaré récemment la Stuttering Foundation of America, une référence en la matière.

PARTIE PRATIQUE

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Comme il a été dit précédemment, le concept du tabou a évolué au travers des âges et des civilisations. Il a été caractérisé par son caractère sacré et impur, pour définir aujourd'hui un sujet ou quelque chose dont on ne parle pas. Divers auteurs ont pu mettre en exergue la représentation du bégaiement, qui a changé au cours des siècles, grâce à l'amélioration des mentalités.

Toutefois, le bégaiement reste encore un sujet que l'on n'évoque pas aisément dans la société française actuelle. Le sujet bègue vit dans une souffrance par rapport au regard de son entourage qui n'est, dans la plupart des cas, pas bienveillant. Les réactions de son environnement vont engendrer de plus amples manifestations des accidents de parole, accompagnées d'émotions négatives à son propre sujet.

Dans la partie théorique, nous avons mis en évidence le lien existant entre le tabou et le bégaiement.

Il nous semble donc intéressant de connaître l'opinion d'une population à ce sujet.

Après avoir décrit la population, le protocole de recherche, les conditions de passation et les outils d'analyse, nous tenterons de mettre en relief dans l'analyse des résultats :

- le lien entre bégaiement et tabou
- les répercussions émotionnelles sur le sujet bègue, et les conséquences sur son estime de soi
- les effets organisateurs du tabou
- le syndrome familial du tabou du bégaiement

A) Population

1/ Population bègue

Notre étude concerne dans un premier temps des adolescents de 13 ans et plus, ainsi que des adultes. Au total 23 patients ont répondu au questionnaire.

- Critères d'inclusion

Ce questionnaire est composé de dix-neuf questions. Il a été conçu pour des patients bègues pris en charge par un(e) orthophoniste, ayant un âge supérieur ou égal à 13 ans, afin qu'ils soient à même de lire et comprendre les questions.

En effet, pour pouvoir répondre au questionnaire, il était indispensable de prendre en compte le fait que la faculté de juger un énoncé est dépendante d'un certain degré de maturité des capacités métalinguistiques. En cela, il fallait que l'individu concerné ait une habilité à l'usage de la langue écrite. C'est pourquoi nous avons choisi de faire passer ce questionnaire à des individus âgés d'au moins 13 ans.

Nous avons réparti la population selon deux critères : l'âge et le sexe.

Trois classes d'âge sont distinguées en fonction du niveau scolaire des enfants :

-les 13/15 ans au collège

- Les 16/18 ans au lycée

-Les plus de 18 ans en étude supérieure ou qui sont entrés dans la vie professionnelle

Tous les patients bègues qui ont répondu à ce questionnaire sont pris en charge en orthophonie.

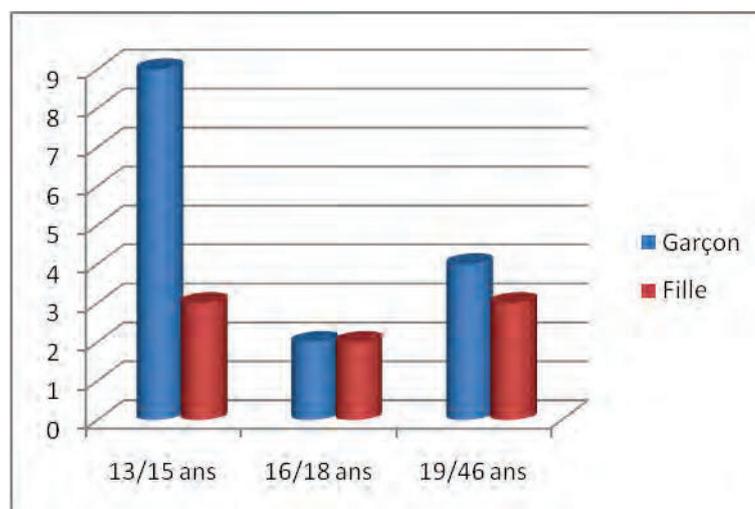
- **Critère d'exclusion**

Nous n'avons pas fait participer à ce questionnaire les enfants de moins de 13 ans, leur jeune âge les empêchant de répondre de façon adaptée aux questions.

PATIENTS

Age/sexe	Garçon	Fille	Total
13/15 ans	9	3	12
16/18 ans	2	2	4
19/46 ans	4	3	7
Total	15	8	23

Distribution des effectifs par section en fonction de l'âge et du sexe



2/ Population : parents d'enfants bègues

- Critères d'inclusion

Nous avons également constitué un questionnaire destiné aux parents d'enfants bègues qui ont moins de 13 ans. Ce questionnaire est composé de 15 questions et est destiné aux parents d'enfants bègues ayant un âge inférieur à 13 ans, puisqu'on considère qu'avant cet âge, l'enfant n'est pas en mesure d'appréhender les questions permettant une réponse adéquate. Au total, 19 parents ont répondu au questionnaire, leur enfant étant pris en charge par un(e) orthophoniste.

De la même façon, la répartition de la population s'est effectuée en fonction de l'âge et du sexe avec une classe d'âge 3/ 7ans en maternelle, et les 8/12 ans pour le primaire et collège.

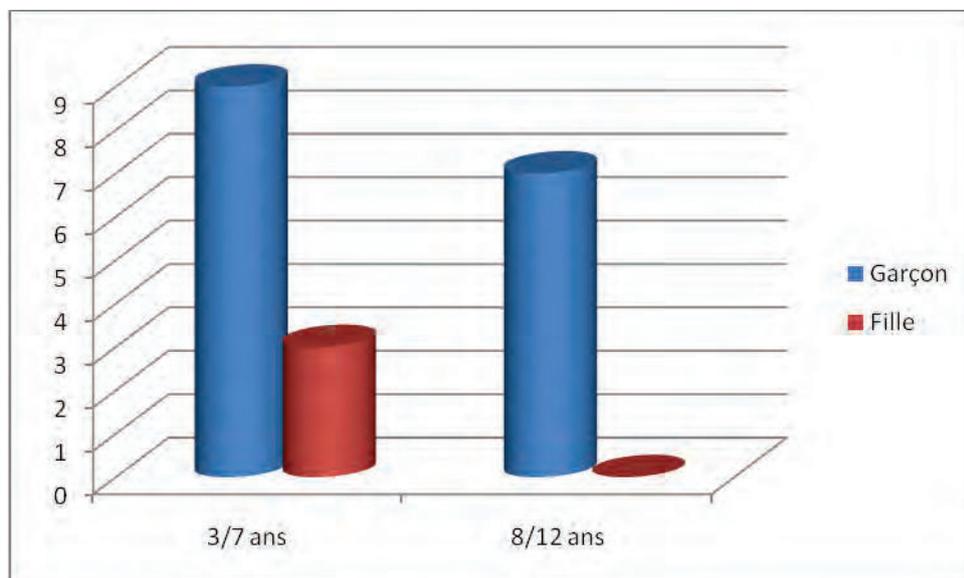
- Critères d'exclusion

Nous laissons l'initiative aux enfants de plus de 13 ans de répondre eux-mêmes au questionnaire destiné aux patients. Leurs parents n'ont donc pas répondu à ce questionnaire.

PARENTS

Age/sexe	Garçon	Fille	Total
3/7 ans	9	3	12
8/12 ans	7	0	7
Total	16	3	19

Distribution des effectifs par section en fonction de l'âge et du sexe



3/ Population des orthophonistes

- Critères d'inclusion

Pour répondre au troisième questionnaire, nous avons sollicité les orthophonistes situés dans les régions PACA et Bouches-du Rhône. La première question permettait de sélectionner ceux qui prennent en charge des patients bègues, afin qu'ils puissent répondre aux questions concernant ce type de patients. Au total, nous avons 23 orthophonistes qui ont répondu au questionnaire.

- Critères d'exclusion

Sont exclus de cette passation les orthophonistes qui ne prennent pas en charge le bégaiement, quelles qu'en soient les raisons, puisque les questions font référence aux expériences professionnelles concernant cette pathologie.

B/ Protocole : Les questionnaires

Le protocole de recherche est composé de trois questionnaires. Un questionnaire est destiné aux patients bègues, un autre est destiné aux parents de patients bègues et le dernier est réservé aux orthophonistes. Les réponses devaient se faire par « oui » ou par « non ».

1/ Le questionnaire destiné aux sujets bègues

Nous avons constitué les questions de façon à mettre en avant la représentation qu'ont les sujets bègues concernant le tabou du bégaiement.

Analyse des questions

Question 1 : Avez-vous déjà parlé de votre bégaiement :

- avec vos parents ?
- les personnes de la famille ?
- les amis ?
- dans votre vie professionnelle ?

Cette question fait référence à l'une des caractéristiques de la définition du mot tabou, selon les références bibliographiques de M. Paperman (34). Ce dernier dit : « Le tabou se met en place implicitement, il demeure insidieusement dans le non-dit ». On cherche donc à savoir si le patient bègue évoque son bégaiement avec les personnes de son entourage, ou si sa pathologie reste fixée dans le non-dit, malgré qu'elle soit visible par tous.

Question 2 : Pensez-vous posséder certaines capacités que les non bègues n'ont pas ?

Question 3 : Tirez-vous parfois des bénéfices de votre bégaiement ?

Question 4 : Pensez-vous que tout le monde peut avoir des accidents de parole ?

Par ces questions, nous faisons référence à l'une des acceptions anciennes du tabou selon S. Freud (1) : « Le tabou a un caractère sacré ». Freud met en avant dans son livre que les personnes ou les choses taboues sont dotées de « pouvoirs », de certaines capacités que les autres ne possèdent pas. Les questions 2,3 et 4 tentent de mettre en évidence si le sujet bègue se sent différent ou non par rapport aux autres; à savoir s'il pense posséder des qualités propres que les non-bègues n'ont pas. La question 4 permet de savoir s'il considère que les accidents de parole ne peuvent pas exister chez le non-bègue, lui conférant ainsi un caractère unique.

Question 5 : Peut-on expliquer qu'il soit difficile de parler de votre bégaiement ?

Question 6 : Y a-t-il des raisons au fait qu'on n'en parle pas ?

Ici, les questions 5 et 6 portent sur une autre caractéristique de la définition du tabou : « C'est un interdit arbitraire », « les restrictions tabou(...) ne sont pas ramenées à un commandement divin, mais s'imposent d'elles-mêmes » selon M. Paperman (34). Les réponses données permettront de savoir s'il y a des raisons connues, évidentes ou non, au fait que le bégaiement soit une pathologie dont on ne parle pas.

Question 7 : Acceptez-vous que l'on vous parle de votre bégaiement :

-avant la prise en charge ?

-maintenant ?

Selon M. Paperman (34), « La transgression du tabou entraîne honte, culpabilité... » Cela signifie que si le tabou existe, sa transgression entraîne des émotions négatives telles que la honte ou la culpabilité.

De ce fait je rejoins **la question 8** : pensez-vous que ce tabou entraîne :

- des moqueries ?

-de la honte ?

- l'appréhension du regard de l'autre ?

Question 9 : Vos relations amicales seraient-elles différentes sans votre bégaiement ?

M. Paperman (34), dit : « Le tabou est un interdit qui devient loi dans le sens psychique, on ne le perçoit pas mais il a des effets organisateurs ». Nous voulons savoir si le bégaiement engendre une organisation différente dans les relations entre le sujet bègue et ses interlocuteurs, et si cela entraîne une autre manière d'appréhender la relation à l'autre.

Question 10 : Remarquez-vous parfois un malaise de la part de votre interlocuteur lors de discussions ?

On considère ici la définition de Wundt dans « *Mythus and Religion* »: « est tabou tous les usages dans lesquels s'exprime la crainte inspirée par certains objets en rapport avec les actes se rattachant à ces objets ». En effet, il est possible que les interlocuteurs, face à des sujets bègues, se sentent mal à l'aise et parfois même, aient peur de s'adresser à eux, de crainte que ces derniers n'arrivent pas à formuler ce qu'ils souhaitent dire.

Comme le souligne également F. Le Huche dans les six malfaçons, il y a perte de comportement tranquillisateur lors des situations de communication, et de ce fait, perte de l'OREV puisque les deux sujets ne se concentrent plus que sur le bégaiement. Alors que, lorsque la parole du non bègue présente une difficulté passagère, celui-ci le signale automatiquement et inconsciemment par un message, en général gestuel, à son interlocuteur, ce qui rassure ce dernier en lui donnant l'assurance (ressentie de façon subconsciente) qu'il n'y a pas de réel problème. Ce comportement tranquillisateur manque chez plus de 90% des personnes bègues et provoque un malaise certain lors des situations d'échange avec l'interlocuteur.

Question 11 : Lors de vos échanges avec l'entourage, le bégaiement provoque-t-il des effets négatifs sur l'interlocuteur ?

De même, selon S. Freud (1), le tabou est caractérisé par une ambivalence, du fait qu'il soit à la fois sacré et impur ; impur dans le sens qu'il présente quelque chose d'inquiétant, voire même de dangereux. Sans aller jusqu'à la dangerosité du bégaiement, il peut être

effectivement inquiétant pour l'interlocuteur (référence à la perte du comportement tranquillisateur).

Question 12 : Y-a-t-il eu des réactions de la part de votre entourage lors de la confirmation de votre bégaiement ?

- de vos parents ?

-de la part de votre famille en général?

-de votre conjoint(e) si vous en avez un(e)

-de la part de vos amis ?

-dans votre milieu professionnel ?

Pour M. Paperman (34), « Il y a tabou quand la transgression a un effet démesuré sur une personne, notamment les parents » ou « il y a tabou lorsque le signifiant ne provoque aucun effet sur l'autre. »

Question 13 : En France, considérez-vous le bégaiement comme un sujet tabou ?

Question 14 : Pensez-vous que si vous en parlez, le bégaiement perdra son caractère tabou ?

La question 12 permet de mettre en exergue la représentation que les sujets bègues ont du bégaiement, c'est-à-dire, si c'est un sujet que l'on peut évoquer aisément ; et la question 13 concerne la définition suivante : « C'est un interdit de dire qui pose un problème complexe car, par nature il est informulable et que formulé, il perd son caractère tabou. C'est un signifié annihilé par son signifiant. » de M. Paperman (34). Ainsi, si l'on parle du bégaiement, celui-ci perdra son caractère tabou.

Question 15: Lorsque vous en parlez, utilisez-vous un terme particulier ?

Selon M. Paperman (34) : « Le tabou pose la question du caractère équivoque du signifiant. Il y a donc nécessité d'euphémiser le signifiant pour baisser la charge émotionnelle qui y est associée ».

Les réponses à cette question montreront si le mot « bégaiement » est le plus souvent utilisé par les sujets bègues, ou si ces derniers emploient un autre terme, afin de minimiser l'impact émotionnel qui lui est associé.

Question 16 : Pensez-vous que cette difficulté à en parler provient

- De vos parents et de la famille?
- De votre entourage amical ?
- Du milieu scolaire ?
- Du milieu professionnel ?

Celle-ci a pour objectif de déterminer l'origine du tabou.

Question 17 : Y a-t-il eu d'autres personnes bègues dans votre famille ?

Si oui, qui est-ce pour vous ?

Les questions suivantes (16 et 17) visent également à savoir quelle est l'origine du tabou du bégaiement et s'il provient d'une transmission transgénérationnelle au sein de la cellule familiale.

Question 18 : Selon vous, pourquoi le bégaiement est tabou ? (question **ouverte**)

Quelles peuvent en être les raisons ?

Question 19 : Que ressentiriez-vous si cela n'était plus tabou?

- soulagement ? libération ?
- vulnérabilité ? fragilité ?

M. Paperman (34), propose une réflexion quant aux conséquences de la suppression du tabou de cette pathologie. Il se demande quels effets provoqueraient l'évocation du bégaiement chez le sujet bègue. Il est intéressant de connaître s'il est véritablement bénéfique pour le patient de parler de son bégaiement.

2/ Le questionnaire destiné aux parents d'enfants bègues

Les réponses se font également par oui ou par non, exceptée l'une d'entre elles qui propose une ouverture.

Le questionnaire reprend les points que nous avons cherché à éclairer dans le questionnaire destiné aux patients; pour cela, nous avons juste redirigé les questions afin qu'elles soient adaptées au destinataire, qui est le parent. 15 questions sont proposées au total.

Analyse des questions

Question 1 : Parlez-vous facilement du bégaiement de votre enfant avec :

- Votre famille ?
- Votre réseau amical?
- Votre conjoint(e) ?
- Votre enfant ?

Cette question concerne le non-dit : partie intégrante de la définition du tabou.

Question 2 : Votre enfant tire-t-il parfois bénéfice de son bégaiement ?

A savoir si les patients bègues pensent posséder des capacités qui leur sont propres grâce au bégaiement. Cette question fait référence au caractère sacré du tabou.

Question 3 : Le bégaiement de votre enfant provoque-t-il des effets négatifs pendant vos discussions ?

Ici, cette question permet de mettre en valeur le côté impur que l'on retrouve dans le tabou.

Question 4 : Trouvez-vous qu'il y ait des raisons évidentes au fait qu'il soit difficile de parler du bégaiement ?

Question 9 Connaissez-vous des raisons qui expliquent que le bégaiement soit tabou ?

Si oui, lesquelles ?

« C'est un interdit arbitraire » de M. Paperman (34).

Question 5 : Quand vous parlez du bégaiement de votre enfant, vous sentez-vous :

-coupable ?

-mal à l'aise ?

Question 6 : Vos interlocuteurs sont-ils mal à l'aise lorsque vous parlez du bégaiement de votre enfant ?

Les questions 5 et 6 répondent à la problématique des sentiments négatifs éprouvés quand on transgresse le tabou (Paperman et Wundt).

Question 7 : Avez-vous eu une réaction forte lors de l'annonce du bégaiement de votre enfant ?

Ici, on se réfère également à l'une des définitions de M. Paperman (34), comme quoi il y a un tabou quand on retrouve de vives réactions chez les parents.

Question 8 : Considérez-vous le bégaiement comme un sujet tabou en France ?

Question 11 : Considérez-vous le bégaiement comme tabou du fait que nous ayons du mal à en parler ?

Ce sont des questions qui amènent à une réponse subjective, afin de connaître la représentation qu'ont les parents bègues concernant cette pathologie.

Question 12 : Pensez-vous que si l'on en parle, le bégaiement ne sera plus tabou ?

Cette question permet de savoir si l'évocation du bégaiement annihilera son caractère tabou.

Question 13 : Selon vous, est-il préférable de parler librement du bégaiement ?

Selon les expériences retranscrites de M. Paperman (34), il est pertinent de poser la question du bénéfice retiré de la suppression du tabou concernant cette pathologie.

Question 10 : Lorsque vous parlez du bégaiement de votre enfant avec votre entourage, utilisez-vous un autre terme que le mot bégaiement ?

Nous savons qu'il y a nécessité d'euphémiser le signifiant pour baisser la charge émotionnelle qui lui est associée quand on évoque quelque chose de tabou.

Question 14 : Avez-vous plus d'accidents de parole quand :

- vous parlez à votre enfant ?

-Quand vous parlez du bégaiement ?

Cette question répond à la notion de transmissibilité.

Question 15 : Y a-t-il eu d'autres personnes bègues dans votre famille ?

Si oui, qui est-ce par rapport à l'enfant ?

Ici, il paraît intéressant de savoir si le bégaiement fait partie du système familial dans lequel baigne l'enfant. Réponses que nous pourrons par la suite croiser avec l'évocation du bégaiement au sein de la famille, afin de savoir si c'est un tabou familial ou non.

3/ Le questionnaire destiné aux orthophonistes

Ce questionnaire est composé de vingt questions et est destiné aux orthophonistes qui prennent en charge le bégaiement, afin qu'ils (elles) puissent répondre aux questions.

Les questions reprennent les diverses caractéristiques de la définition du tabou et sont dirigées de sorte que l'on puisse observer le point de vue du thérapeute concernant la problématique du tabou.

Analyse des questions

Question 1 : Prenez vous en charge des personnes bègues ?

Si non, pourquoi ?

Cette question permet d'inclure uniquement les orthophonistes qui prennent en charge le bégaiement et de connaître les raisons personnelles qui amènent d'autres à éviter ce type de prise en charge.

Question 2 : Parlez-vous librement du bégaiement :

- avec les patients bègues ?

- avec les gens en général ?

Question 3 : Est-il aisé d'évoquer le bégaiement et d'en discuter avec l'entourage du patient ?

Question 4 : Au départ d'une prise en charge, est-ce difficile pour le patient bègue d'évoquer son bégaiement ?

Les questions 2,3 et 4 évoquent la mise en place implicite du tabou du bégaiement qui l'ancre dans le non-dit.

Question 5 : Lors de vos séances, constatez-vous que les patients tirent parfois bénéfice de leur bégaiement ?

Question 6 : Est-il facile de leur dire que tout le monde peut avoir des accidents de parole ?

Les questions 5 et 6 reprennent le caractère sacré que l'on trouve dans le tabou.

Question 7 : Vous est-il arrivé d'avoir vous-même plus d'accidents de parole quand vous vous retrouvez face à un bègue ?

Question 8 : Vous est-il arrivé qu'un patient ne commence pas une prise en charge à cause de l'annonce de son bégaiement ?

Les questions 7 et 8 rappellent la notion de transmissibilité du tabou.

Question 9 : Trouvez-vous qu'il y ait des raisons évidentes concernant la difficulté à parler du bégaiement ?

Ici, nous tenons de mettre en avant l'aspect arbitraire de cet interdit.

Question 10 : Quand vous évoquez le bégaiement avec un patient, cela lui provoque t-il des émotions négatives telles que :

- la honte ?

- la culpabilité ?

-une augmentation des accidents de parole ?

Question 11 : Quand vous évoquez le bégaiement avec la personne concernée, vous-sentez vous plus culpabilisée ou gênée que pour une autre pathologie ?

Question 12 : Etes-vous à l'aise concernant la prise en charge du bégaiement ?

Les questions 10,11 et 12 mettent en avant les conséquences négatives de la transgression du tabou sur les deux interlocuteurs.

Question 13 : Pensez-vous que les situations de communication seraient différentes si l'on parlait facilement du bégaiement ?

On sait que le tabou est un interdit « qui fait loi dans le sens psychique et qui a des effets organisateurs » selon M. Paperman (34).

Cette question fait valoir le point de vue de l'orthophoniste concernant les effets organisateurs du bégaiement dans les relations sociales.

Question 14 : Y-a-t-il eu parfois de vives réactions des parents lors de la confirmation du bégaiement de leur enfant ?

M. Paperman (34) dit qu'il y a tabou quand la transgression a un effet démesuré sur une personne, notamment les parents. Cette question souligne donc cette idée.

Question 15 : Considérez-vous le bégaiement comme un sujet tabou encore aujourd'hui en France ?

Question 16 : Pensez-vous que si l'on en parle, le bégaiement perdra son caractère tabou ?

Les questions 14 et 15 concernent un autre aspect de la définition du tabou qui est : un interdit de dire.

Question 17 : Lorsque vous parlez du bégaiement à la personne concernée ou à l'entourage,

-utilisez-vous ce terme ?

- en employez-vous généralement un autre ?

« Le tabou pose la question du caractère équivoque du signifiant » selon M. Paperman (34). Il y a nécessité d'euphémiser le terme employé afin de réduire les émotions qui lui sont associées.

Question 18 : D'après vos expériences, que provoque la suppression du tabou chez le patient ?

- soulagement ? libération ?
- vulnérabilité ? fragilité ?

Question 19 : Le fait que le patient puisse évoquer facilement son bégaiement, cela fait-il partie intégrante de votre prise en charge ?

On pose ici les questions de l'enjeu clinique quant à la suppression du tabou ; c'est-à-dire si, de par leurs expériences, il semble important pour les orthophonistes de considérer l'évocation du bégaiement dans leur prise en charge; s'ils ont pu y trouver des effets libérateurs.

Question 20 : Pensez-vous que l'origine du tabou soit :

- le système familial dans lequel se trouve l'enfant ?
- le milieu scolaire à cause du regard de l'autre ?
- le réseau amical de l'individu bègue ?

L'expérience professionnelle de l'orthophoniste dans la prise en charge du bégaiement lui permettra d'avoir un point de vue concernant l'origine du tabou du bégaiement.

C) Les conditions de passation

- Le questionnaire destiné aux patients

Pour essayer d'avoir une population suffisante concernant les patients bègues, nous avons contacté des orthophonistes prenant en charge des patients bègues dans la région PACA. La majorité des questionnaires remplis provient du cabinet de Mme Bersot situé à Nice. Dans ce cas, j'ai moi-même fait remplir la majorité des questionnaires par les patients,

lors des prises en charge individuelles et de groupe. Mme Bersot a pris l'initiative d'en faire passer quelques uns, les fois où je n'ai pas pu être présente.

Pour les cabinets qui étaient éloignés géographiquement, j'ai envoyé les questionnaires vierges par mail et ils m'ont été renvoyés par les orthophonistes qui prenaient en charge des patients bègues. Ce sont eux (et elles) qui les ont fait remplir au patient et me les ont retournés ensuite.

Enfin, il y en a certains que je suis allée chercher directement dans les cabinets d'orthophonie.

La passation concernant ce questionnaire s'est déroulée de mi- novembre jusqu'à fin février. La durée de passation n'a jamais duré plus de 15 minutes par patient.

- Le questionnaire destiné aux parents d'enfants bègues de moins de 13 ans

Ce questionnaire a été distribué aux parents d'enfants bègues de moins de 13 ans, pris en charge par un(e) orthophoniste dans la région PACA, la majorité d'entre eux provenait du cabinet de Mme Bersot.

Les conditions de passation ont été identiques à celles du questionnaire destiné aux patients.

Les questionnaires ont été remplis par les patients au moment de leur séance d'orthophonie. J'étais présente pour la plupart des passations. Toutefois, comme la majorité des prises en charge se font de façon individuelle, Mme Bersot a également fait passer les questionnaires les fois où je n'ai pas pu être présente.

Pour compléter la population, j'ai également envoyé ce questionnaire par mail aux orthophonistes de la région PACA et des Bouches du Rhône qui m'ont été retournés par mail.

- Le questionnaire destiné aux orthophonistes

Dans ce cas, il a été envoyé par mail excepté deux qui ont été remplis en ma présence.

D) Outils d'analyse

Afin de mettre en forme la répartition de la population et proposer les résultats des trois questionnaires, nous avons utilisé le logiciel Microsoft Excel, en particulier le tableur Excel.

Pour les représentations graphiques des populations, nous avons réalisé un tableau dans le tableur qui répartissait la population en fonction de l'âge et du sexe. Une fois réalisé, nous avons inséré un graphique qui s'est ajusté en fonction des résultats du tableau.

Concernant le tableau des pourcentages, nous avons créé un tableau dans lequel nous avons rentré les données. Puis en rentrant une formule de calcul, les résultats en % se sont calculés automatiquement.

Nous avons donc enregistré la formule de calcul sur la règle de trois.

Par exemple, s'il y a 9 réponses « oui » sur 35 réponses au total, cela donne :

- $Y = \% \text{ de réponses « oui » par rapport à la question}$

- $a = \text{nombre de réponses « oui »}$

- $b = \text{nombre de réponses au total}$

> $Y = a \times 100 / 35$ d'où $9 \times 100 / 35 = 25.7\%$ il y a eu 25.7% de réponses positives à cette question.

E) Les biais des protocoles de recherche

Les patients bègues, qui ont répondu aux questionnaires, étaient tous des patients pris en charge par des orthophonistes. Ce qui signifie que cela exclut les personnes bègues qui n'ont jamais pris l'initiative d'entreprendre une rééducation concernant leur pathologie. Il semble que les personnes bègues qui ne font pas la démarche soient plus susceptibles de répondre favorablement quant au tabou que revêt le bégaiement.

D'autre part, c'est Madame Bersot qui nous a fourni notre population. Elle consacre un temps considérable, lors de ses prises en charge, à la suppression du tabou et met tout en œuvre pour que les patients dont elle s'occupe puissent parler librement de leur bégaiement. C'est une école de pensée axée sur la suppression du tabou du bégaiement.

De plus, ce n'étaient pas de nouvelles prises en charge, les patients que j'ai pu rencontrer avaient déjà fait tout un travail concernant l'évocation de leur pathologie avec leur environnement. De ce fait, j'ai pu remarquer que la majorité des questions auraient pu obtenir des réponses différentes et favorables concernant le caractère tabou du bégaiement si la rééducation n'avait pas encore eu lieu.

Il aurait été plus pertinent, à partir de ce constat, de proposer ce questionnaire à des personnes débutant une rééducation, ou remanier les questions, de sorte que l'on puisse faire une différence entre : avant la prise en charge et maintenant.

La question 1 destinée aux patients est tournée sous la forme : « avez-vous déjà parlé de votre bégaiement avec.. » leur permettait de répondre « oui » même s'il n'a été évoqué qu'une seule fois. Or, si le bégaiement a été évoqué une fois ou deux, on ne peut pas en conclure qu'il n'y a pas de tabou. Il aurait été plus pertinent de poser cette question sous la forme : « parlez-vous librement de votre bégaiement avec.. »

Ensuite, la question destinée aux parents : « considérez-vous le bégaiement comme tabou ? » a été mal formulée puisque celle-ci devait nous permettre de savoir si les parents pensent que le bégaiement est tabou en France. Elle aurait dû être formulée autrement car, tournée de cette façon, les parents l'ont comprise dans le sens : est-ce que eux-mêmes considèrent que le bégaiement est tabou; ce qui fausse les résultats.

Nous retrouvons les mêmes biais dans le questionnaire destiné aux parents des enfants bègues puisque, par la guidance familiale, Madame Bersot a travaillé également sur l'évocation de la pathologie.

Quant au questionnaire destiné aux orthophonistes, il amène à des réponses basées sur leurs expériences professionnelles et leurs ressentis concernant cette pathologie; par conséquent, les réponses pouvaient être quelque peu subjectives.

CHAPITRE 2 : RESULTATS ET ANALYSES

A) Objets d'étude

Dans le but d'orienter la démarche orthophonique et d'enrichir nos connaissances quant à la représentation du bégaiement chez les sujets bègues et non-bègues, notre étude propose de montrer les intrications existantes entre le bégaiement et le tabou.

Nous savons, qu'à partir d'un certain âge où l'enfant prend conscience du regard de l'autre et de l'image qu'on lui projette, le tabou concernant sa pathologie va s'installer. La réaction de ses parents et celle de son entourage, notamment en milieu scolaire, vont le conforter dans une représentation de lui-même qui sera négative, pour aboutir à l'installation d'un silence, au sujet de ce qui lui fait défaut.

Nous avons orienté notre étude sur plusieurs axes.

- ***Le bégaiement rentre dans les tabous en France***

Nous postulons qu'avant une prise en charge orthophonique, le bégaiement d'un enfant est vécu comme quelque chose de tabou, tant au sein de la cellule familiale qu'avec l'environnement. Nous voulons mettre en exergue, au travers des trois questionnaires, que le bégaiement est un sujet dont on ne parle pas naturellement.

Ils permettront de donner une information sur l'image qu'ont les différentes populations concernant le tabou du bégaiement.

- ***Le tabou du bégaiement a des répercussions émotionnelles sur le sujet bègue et sur son estime de soi***

Ici, il est question d'étudier les ressentis éprouvés par les sujets bègues et les conséquences sur l'image qu'ils portent sur eux-mêmes à cause du regard de l'autre. Comme il a été mentionné précédemment, le bégaiement peut être représenté par un iceberg, où l'on perçoit uniquement les troubles dans la parole et la communication; en-deçà, on trouve une foule d'émotions et de sentiments négatifs que les bègues éprouvent à leur propre égard. Dévalorisation qui est certainement accentuée par le fait que le bégaiement soit tabou.

Il connote quelque chose de tellement négatif et dévalorisant qu'il vaut mieux ne pas en parler.

- *Le tabou du bégaiement détermine des choix en matière de relation sociale s'il existe un syndrome familial du bégaiement tabou au sein d'une même famille.*

B) Procédure d'analyse

- Analyse du questionnaire destiné aux orthophonistes

Tableau représentatifs des résultats en %

Nombre de réponse :		Effectif	
		questionné :	23
		Sur 23	Sur 100
I	a)	20	86,96 %
	b)	21	91,3 %
	c)	12	52,17 %
II	a)	8	34,78 %
	b)	22	95,65 %
III	a)	14	60,87 %
	b)	3	13,04 %
IV	a)	12	52,17 %
V	a)	10	43,48 %
	b)	3	13,04 %
	c)	9	39,13 %
	d)	12	52,17 %
VI	a)	22	95,65 %
VII	a)	14	60,87 %
VIII	a)	4	17,39 %
IX	a)	17	73,91 %
X	a)	21	91,3 %

	b)	2	8,696	%
XI	a)	23	100	%
XII	a)	20	86,96	%
	b)	6	30	%
XIII	a)	13	56,52	%
	b)	17	73,91	%
	c)	9	39,13	%
Nombre de réponse : oui		Effectif questionné :	18	
		Sur 18	Sur 100	
XIV	a)	17	94	%
XV	a)	14	78	%

Ce questionnaire est composé de questions qui vont tenter de répondre aux diverses problématiques préalablement énoncées.

- Une grande partie des questions a été réservée à tout ce qui englobe le lien entre le bégaiement et le tabou.

Dans un premier temps, 74% des orthophonistes pensent que le bégaiement est un sujet tabou en France et 100% d'entre eux pensent que si l'on en parle, le bégaiement perdra son caractère tabou.

Concernant la définition du tabou qui est un interdit de dire, les orthophonistes s'appliquent dans leur prise en charge avec les patients bègues à supprimer ce tabou existant. En effet, d'après les résultats, on se rend compte que la très grande majorité des orthophonistes parle librement du bégaiement, que ce soit avec le patient comme avec la famille, ou les personnes non concernées par le bégaiement.

On relève 87% d'orthophonistes qui parlent librement du bégaiement avec leurs patients, 91% qui en parlent librement avec les gens en général et 52% qui en parlent librement avec la famille ou l'entourage du patient.

On s'aperçoit, au travers de ces résultats qu'il y a un malaise plus important lorsqu'il s'agit de l'entourage du patient; celui-ci est d'ailleurs relativement significatif, puisqu'il

signifie que 48% des orthophonistes se trouvent en difficulté lorsqu'il s'agit d'évoquer le bégaiement avec l'entourage du patient. Il s'agit presque de la moitié d'entre eux. Donc, même si le tabou tend à être rompu grâce à l'attitude de l'orthophoniste, cela reste délicat pour les parents, ou les orthophonistes, d'évoquer le bégaiement de l'enfant.

D'autre part, il est difficile pour 78% des orthophonistes de parler du bégaiement avec leur patient au départ d'une prise en charge. Ce résultat laisse paraître, qu'au début d'une prise en charge, le tabou est déjà bien installé et véhiculé par le patient bègue et il est difficile, au départ, de le supprimer.

Concernant l'aspect arbitraire du tabou, 52% des orthophonistes trouvent des explications au fait que le bégaiement soit tabou. On se rend compte qu'il est difficile d'y trouver des raisons évidentes et pour ceux qui ont commenté cette question, ils parlent de la honte que cela engendre, et de la différence qui est mal acceptée.

Par la suite, on relève 35% des orthophonistes qui constatent que le patient tire parfois bénéfice de son bégaiement ; en outre, pour 96% d'entre eux, il est facile de leur dire que tout le monde peut avoir des accidents de parole. Dans ce cas, on posait la question du caractère sacré que revêt le tabou. Un tiers des orthophonistes pense que les patients tirent parfois profit de leur bégaiement mais, il semble facile pour les patients de s'entendre dire que tout le monde peut avoir des bégayages ; ce qui ôte le sentiment d'être unique. Ou alors, cela n'entrave pas leur sentiment d'être unique, puisqu'ils font la distinction entre « accidents de parole » et « bégayages ». Ces résultats montrent que les patients ne semblent pas s'attribuer une identité à part, selon l'opinion des orthophonistes. Nous nous attacherons à prendre en compte les réponses des patients eux-mêmes à ce sujet.

Il est intéressant de voir que 61% des orthophonistes relèvent une augmentation de leurs accidents de parole, par rapport à d'habitude, lorsqu'ils se retrouvent face à un patient bègue. Ce qui peut laisser croire à une sorte de « transmission des bégayages », lorsqu'on est en contact avec un individu bègue. Dans la partie théorique, lorsqu'il a été évoqué les raisons pour les quelles le bégaiement était un sujet tabou, nous avons relevé la méconnaissance de cette pathologie qui pourrait laisser croire, aux yeux de la société, que cela serait éventuellement transmissible. Il est bien évident que le bégaiement ne se transmet pas ; par contre, le malaise de l'interlocuteur, au vu du bégaiement de son partenaire, peut lui provoquer plus d'accidents de parole, et devenir lui-même tabou.

En revanche, seulement 13% des orthophonistes sont devenus « tabous » en posant le diagnostic du bégaiement ; c'est-à-dire que 13% d'entre eux ont connu un renoncement des parents de la prise en charge, lors de l'annonce du diagnostic. Dans les commentaires qui ont été apportés à cette question, la plupart des orthophonistes mentionnaient que les parents s'adressaient justement à eux pour le bégaiement de leur enfant.

De même, il y a nécessité d'euphémiser le signifiant lorsque le signifié provoque une trop grande charge émotionnelle ; c'est-à-dire que lorsqu'un sujet est tabou, on emploie généralement un autre terme que celui qui le désigne officiellement, afin de réduire la charge émotionnelle qui lui est associée. Ici, les orthophonistes s'emploient à ne pas créer de tabou sur le mot « bégaiement » puisque 91% d'entre eux utilisent ce terme et non : accidents de parole... Effectivement il est très important que les orthophonistes n'alimentent pas le tabou en employant d'autres termes plus légers que celui du bégaiement. (9% utilisent un autre terme que celui du bégaiement).

M. Paperman (34), dans sa définition du tabou, dit qu'il y a tabou quand la transgression a un effet démesuré sur une personne, notamment les parents. Ici, 17% des orthophonistes ont déjà été confrontés à de vives réactions de la part des parents lors de l'annonce du diagnostic. Cette caractéristique du tabou n'est donc pas vraiment significative concernant le bégaiement.

Concernant l'origine du tabou du bégaiement, 57% des orthophonistes pensent que cela provient parfois du milieu familial dans lequel évolue l'enfant, 74% pensent que cela provient aussi du système scolaire et seulement 39% pensent que cela provient du réseau amical de l'enfant. Par ces résultats, on peut en déduire que, pour la majorité des orthophonistes, le tabou du bégaiement serait un tabou social puisqu'il serait surtout présent dans le milieu scolaire. Toutefois, d'après leurs expériences, il y a tout de même plus de la moitié des orthophonistes qui pense que le tabou est aussi d'origine familiale.

- Une question concerne les effets organisateurs du tabou.

Nous savons que la mise en place implicite d'un non-dit a des effets organisateurs au sein de la société. Ainsi, 96% des orthophonistes pensent que les situations de communication seraient différentes si on parlait du bégaiement.

- Des questions s'attachent à mettre en avant les répercussions émotionnelles de la transgression du tabou et les conséquences sur l'estime de soi.

M. Paperman, dans ses acceptions sur le tabou, mettait en évidence les conséquences lors de la transgression. Il relevait des sentiments de culpabilité, des réactions somatiques, la mort par effroi, des sentiments de honte et des manifestations neurovégétatives.

43% des orthophonistes constatent que lors de l'évocation du bégaiement avec le sujet bègue, ce dernier ressent de la honte, 13% des orthophonistes perçoivent de la culpabilité chez le bègue et 39% une augmentation des accidents de parole. Ce qui paraît significatif, c'est la honte que provoque l'évocation du bégaiement chez le patient.

Du côté de l'orthophoniste, 52% d'entre eux se trouvent plus culpabilisés ou gênés lorsqu'il s'agit d'un bègue comme patient et 39% d'entre eux ne sont pas à l'aise avec cette pathologie. Il est essentiel de prendre conscience que les orthophonistes qui ont répondu à ce questionnaire prennent en charge des individus bègues c'est-à-dire que de nombreux orthophonistes n'ont pas répondu au questionnaire car ils ne se sentaient pas assez à l'aise avec cette pathologie pour la prendre en charge.

On retrouve donc les conséquences négatives évoquées dans la transgression du tabou de part et d'autres des interlocuteurs.

-

- Enfin, deux questions portaient sur l'enjeu clinique de la suppression du tabou.

94% des orthophonistes travaillent avec le patient bègue sur la suppression du tabou et 87% d'entre eux relèvent un soulagement et une certaine libération chez le patient lorsque ce dernier est capable d'évoquer le bégaiement plus aisément.

Par contre, 30% des orthophonistes constatent aussi que les patients se sentaient également plus vulnérables et fragiles à partir du moment où ils évoquent le bégaiement avec leur entourage.

- *Analyse du questionnaire destiné aux patients*

Tableau représentatifs des résultats en %
PATIENTS

Nombre de réponse :		Effectif questionné : 22	
oui		Sur 22	Sur 100
<u>I</u>	a)	21	95,45%
	b)	17	77,27%
	c)	15	68,18%
		Effectif questionné : 6	
		Sur 5	Sur 100
	d)	5	83,33%
<u>II</u>		Effectif questionné : 22	
		Sur 22	Sur 100
	a)	6	27,27%
	b)	9	40,91%
	c)	20	90,91%
<u>III</u>	a)	18	81,82%
<u>IV</u>	a)	14	63,64%
<u>V</u>	a)	13	59,09%
	b)	17	77,27%
<u>VI</u>	a)	12	54,55%
<u>VII</u>	a)	15	68,18%
<u>VIII</u>	a)	10	45,45%
	b)	6	27,27%
		Effectif questionné : 6	
		Sur 6	Sur 100
	c)	2	33,33%
		Effectif questionné : 22	

		Sur 22	Sur 100
	d)	8	36,36%
		Effectif questionné : 6	
		Sur 6	Sur 100
	e)	2	33,33%
<u>IX</u>		Effectif questionné : 22	
		Sur 22	Sur 100
	a)	13	59,09%
	b)	4	19,04%
	c)	5	18,18%
	d)	12	54,55%
		Effectif questionné : 6	
		Sur 6	Sur 100
	e)	4	66,67%
<u>X</u>		Effectif questionné : 22	
		Sur 22	Sur 100
	a)	17	77,27%
	b)	16	72,73%
	c)	13	59,09%
<u>XI</u>	a)	5	22,73%
<u>XII</u>	a)	13	59,09%
<u>XIII</u>	a)	16	72,73%
	b)	4	18,18%
<u>XV</u>		Effectif questionné : 13	
		13	Sur 100
	a)	5	38,46%

- D'abord, nous mettons en avant les questions faisant référence au lien entre le bégaiement et le tabou

Selon M. Paperman (34) « Le tabou demeure insidieusement dans le non-dit ». 95% des patients ont déjà parlé du bégaiement avec leurs parents, 77% d'entre eux en ont également parlé avec leur famille et 68% avec leurs amis. 83% des patients qui ont une vie professionnelle en ont parlé dans le milieu du travail.

Comme il a été mentionné dans les biais du protocole, on ne peut pas savoir si le bégaiement est évoqué facilement, mais les résultats laissent paraître que la grande majorité des patients a déjà parlé du bégaiement et rompu ainsi le tabou.

« Le tabou a un caractère sacré » selon S. Freud (1). Le tabou des prêtres, des chefs, des temples était considéré comme un privilège et rendait les choses ou les personnes sacrées.

27% des patients pensent posséder certaines capacités que d'autres n'ont pas, 41% d'entre eux tirent parfois bénéfice de leur bégaiement ; et pour 91% d'entre eux, il est facile de penser que tout le monde peut avoir des accidents de parole. Penser que tout le monde peut avoir des accidents de parole n'enlève rien à leur différence et leur identité certainement parce que, malgré cela, les « autres » ne sont pas bègues. Mais il y a un pourcentage non négligeable qui trouve des privilèges au travers de leur bégaiement.

« Les restrictions tabou(...) ne sont pas ramenées à un commandement divin, mais s'imposent d'elles-mêmes » de M. Paperman (34).

Ici, les deux questions posées à ce sujet se rejoignent. 64% des patients trouvent des explications au fait qu'on n'en parle pas. Ces résultats ne rentrent pas dans la définition du tabou.

Selon M. Paperman (34) « La transgression du tabou entraîne honte, culpabilité... » Cela signifie que si le tabou existe, sa transgression entraîne des émotions négatives, telles que la honte ou la culpabilité.

D'autre part, 59% d'entre eux acceptaient déjà avant la prise en charge que l'on parle de leur bégaiement. Il est important de souligner que tous les questionnaires ont été remplis par des patients bègues qui étaient pris en charge pour leur bégaiement. Il aurait été intéressant de comparer les réponses avec une population bègue non prise en charge en orthophonie. Ainsi, après la prise en charge, 77% d'entre eux acceptent de parler de leur bégaiement. Malgré la démarche concernant la rééducation, il en reste tout de même 23% qui n'acceptent toujours pas de parler de leur pathologie.

De même, le tabou est caractérisé par une ambivalence, du fait qu'il soit à la fois sacré et impur ; impur, dans le sens qu'il présente quelque chose d'inquiétant, voire même de dangereux. 82% des patients pensent que le bégaiement provoque des effets négatifs. Par conséquent, il possède un caractère impur et 77% d'entre eux constatent parfois un malaise de la part de leur interlocuteur.

D'autre part, il y a tabou quand la transgression provoque de vives réactions de la part de l'environnement, notamment les parents. 45% des patients ont constaté de vives réactions de la part de leurs parents, c'est-à-dire près de la moitié. 27% ont relevé de vives réactions de la part de leur famille, 33% concernant les réactions de leur réseau amical, 36% dans le milieu professionnel et enfin 33% de la part du conjoint. Ces résultats contrastent avec les réponses données par les orthophonistes à ce sujet. Même si ce n'est pas une majorité, une partie non négligeable des patients a remarqué de vives réactions de la part de leur entourage.

59% pensent que si l'on parle du bégaiement, cette pathologie ne sera plus taboue. Ce résultat ne représente pas une grande majorité ; ce qui laisse sous-entendre une vision assez pessimiste des patients quant à l'avenir de l'image que véhicule le bégaiement. Notons également que 59% d'entre eux pensent que le bégaiement est un sujet tabou.

Une question porte sur la nécessité d'euphémiser un signifiant pour réduire les charges émotionnelles qui lui sont associées. 23% des patients utilisent un autre terme que le mot « bégaiement » lorsqu'ils parlent de leur pathologie avec leur entourage. Dans cette question, il est important de prendre en considération que ce sont des patients qui ont fait une demande de rééducation et qui sont en cours de prise en charge. Malgré cela, encore 23% d'entre eux préfèrent utiliser d'autres termes qui vont réduire la charge émotionnelle.

Sur la question de l'origine du tabou, 23% des patients pensent que l'origine du tabou provient du système familial, 18% trouvent l'origine dans le réseau amical, et 55% dans le milieu scolaire. Pour les patients insérés dans un milieu professionnel, 67% d'entre eux y trouvent aussi l'origine dans le milieu professionnel.

D'après ces résultats, nous pouvons dire que près d'un quart des patients pense que le tabou du bégaiement est un tabou familial qui va ensuite s'actualiser avec le reste de l'entourage. Toutefois, plus de la moitié estime que le tabou prend son origine dans le

milieu scolaire et/ou professionnel ; ce qui laisse entrevoir que le tabou du bégaiement ressenti par les sujets bègues, est un tabou social.

- Les effets organisateurs du tabou

M. Paperman (34) dit : « Le tabou est un interdit qui devient loi dans le sens psychique, on ne le perçoit pas mais il a des effets organisateurs ». 55% des patients pensent que leurs relations amicales seraient différentes sans le bégaiement.

Wundt dans sa définition du tabou, parlait de la crainte inspirée par les objets tabous. A ce sujet, 68% des patients remarquent parfois un malaise de la part de leurs interlocuteurs, modifiant ainsi la relation et la communication.

- Les répercussions émotionnelles et les conséquences sur l'estime de soi

77% des patients disent que le tabou du bégaiement entraîne des moqueries, 73% d'entre eux ressentent de la honte et 59% ont peur du regard de l'autre. Apparaissent ici les émotions négatives et les conséquences sur l'estime de soi chez les bègues, à cause du tabou que revêt le bégaiement.

73% des patients pensent qu'ils ressentiront un certain soulagement si l'on supprimait le tabou du bégaiement. Cependant, 18% d'entre eux pensent qu'ils ressentiraient (aussi) une certaine vulnérabilité et fragilité.

- Le syndrome familial du tabou du bégaiement

Pour répondre à cette problématique, nous avons demandé aux patients s'il y avait d'autres individus bègues dans leur famille. 39% des patients qui ont répondu à cette question ont des antécédents de bégaiement dans leur famille. Il est alors intéressant de croiser cette question avec :

- Parlez-vous de votre bégaiement avec votre famille ?
- Pensez-vous que le tabou provienne de votre famille ?

Pour les personnes qui ont des antécédents, 100% d'entre eux en ont déjà parlé avec leurs parents mais 60% n'en ont jamais parlé avec des membres de leur famille. 40% d'entre eux attribuent l'origine du tabou au milieu familial.

Ces résultats sont assez significatifs puisque les patients bègues faisant partie de familles sujettes au bégaiement n'évoquent pas le sujet du bégaiement avec leur famille.

- Une question portait sur les raisons qui expliqueraient que le bégaiement soit tabou.

La réponse était ouverte, les patients pouvaient la commenter. Nous avons relevé deux sortes de réponses : celles qui évoquaient l'origine du tabou, et d'autres qui mettaient en avant les conséquences sur le sujet bègue.

La question se présentait sous cette forme :

« Selon vous, pourquoi le bégaiement est tabou ? (question **ouverte**) Quelles peuvent en être les raisons ? « »

Concernant les arguments qui expliqueraient que le bégaiement soit tabou, les patients ont souvent parlé du problème de l'acceptation de la différence. En effet, ils englobent tous les handicaps, en disant que la société dans laquelle nous vivons stigmatise la différence de l'autre, qui se retrouve mis au ban de la société.

Dans la même dynamique, il semble difficile pour eux d'évoquer une faiblesse quelle qu'elle soit, certainement parce qu'elle est signe de vulnérabilité et de ce fait, sujette à des moqueries, au rejet et au regard de l'autre.

Les patients bègues évoquent également le manque d'ouverture d'esprit de la société et le fait que ce soit une pathologie peu connue aux yeux du grand public. Comme il y a peu d'informations concernant le bégaiement, les individus connaissent mal cette pathologie et auraient peur que cela « s'attrape » ; on en revient à l'un des caractères du tabou qui est la crainte de la contagion.

Certains associent le bégaiement à un trouble des parents et d'autres expliquent le phénomène du « faire-semblant », c'est-à-dire qu'ils attribuent l'origine du tabou au fait que les bègues font semblant de ne pas se rendre compte de leurs accidents de parole, ce

qui met l'interlocuteur mal à l'aise. On retrouve ici comme argument, la perte du comportement tranquillisateur selon F. Le Huche, où chacun des partis fait semblant de ne s'apercevoir de rien, installant ainsi le non-dit.

Dans les réponses répertoriées, nous avons également relevé les conséquences du tabou sur les sujets bègues. La majorité des patients parlait de la baisse de l'estime de soi, de la perte de confiance en soi et la honte que cela provoque.

- **Analyse du questionnaire destiné aux parents**

Tableau représentatifs des résultats en %

Réponses des parents

Nombre de réponse :		Effectif questionné :		19
		Sur 19	Sur 100	
I	a)	18	94,74	%
	b)	17	89,47	%
	c)	19	100,00	%
	d)	17	89,47	%
II	a)	3	15,79	%
III	a)	8	42,11	%
IV	b)	10	52,63	%
V	a)	8	42,11	%
	b)	4	21,05	%
VI	a)	6	31,58	%

VII	a)	6	31,58	%
VIII	a)	3	15,79	%
IX	a)	9	47,37	%
X	a)	3	15,79	%
XI	a)	3	15,79	%
Nombre de réponse : oui		Effectif questionné :		17
		Sur 17	Sur 100	
XII	a)	16	94,12	%
Nombre de réponse : oui		Effectif questionné :		18
		Sur 18	Sur 100	
XIII	a)	17	94,44	%
Nombre de réponse : oui		Effectif questionné :		19
		Sur 19	Sur 100	
14	a)	5	26,32	%
	b)	1	5,26	%
Nombre de réponse : oui		Effectif questionné :		13
		Sur 13	Sur 100	
15	a)	9	69,23	%

- Nous nous attardons d'abord sur les questions qui établissent le lien entre le bégaiement et le tabou.

D'après les résultats, nous constatons que pratiquement tous les parents d'enfants bègues parlent facilement du bégaiement de leur enfant que ce soit avec la famille, l'enfant ou l'entourage. 95% en parlent avec leur famille, 89% d'entre eux avec le réseau amical, 100% en parlent avec le conjoint et enfin, 89% avec leur enfant.

On se rend compte ici que, même si le pourcentage concernant le réseau amical est très supérieur à la moyenne, c'est néanmoins celui qui est le plus bas ; nous pourrions en déduire que la difficulté à en parler serait plutôt d'origine sociale.

Pour environ 16% des parents, leur enfant tire parfois bénéfice de leur bégaiement. Ce résultat contraste avec les réponses correspondantes des orthophonistes et des patients, puisqu'on relevait 28% des patients qui pensent posséder certaines capacités que d'autres n'ont pas et 42% d'entre eux pensent tirer parfois bénéfice de leur bégaiement.

42% des parents trouvent que le bégaiement provoque des effets négatifs dans les situations de communication. Cette question faisait référence au caractère ambivalent du tabou qui est à la fois sacré et impur.

Le tabou étant un interdit arbitraire, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de raisons fondées qui expliquent que quelque chose soit tabou, 53% des patients trouvent des explications au fait qu'il soit difficile de parler du bégaiement. C'est un peu moins de la moitié d'entre eux ; on ne peut dire que cette caractéristique du tabou se retrouve dans le tabou du bégaiement. Les résultats sont du même ordre pour la seconde question portant sur cet aspect, en donnant 47% des parents qui pensent connaître des raisons qui expliquent que le bégaiement soit tabou. Un peu plus de la moitié d'entre eux confèrent le caractère arbitraire au tabou du bégaiement.

Selon Wundt, la transgression du tabou provoque des sentiments négatifs. 42% des parents se sentent coupables lorsqu'ils parlent du bégaiement de leur enfant, et 21% d'entre eux se sentent mal à l'aise. De plus, 32% d'entre eux ont l'impression que leurs interlocuteurs se sentent mal à l'aise lorsqu'ils évoquent le bégaiement de leur enfant.

Même si ces résultats ne reflètent pas une majorité, on retrouve quand même pour certains d'entre eux des sentiments négatifs lorsque le tabou est levé.

M. Paperman (34) dit qu'il y a tabou quand la transgression provoque de vives réactions sur l'entourage. On relève 32% des parents qui ont eu une vive réaction lors de l'annonce du bégaiement de leur enfant.

16% des parents considèrent le bégaiement comme tabou. Ce résultat ne dénote que l'opinion personnelle des parents à ce sujet, et non ce que la société leur renvoie.

Dans le tabou, il y a aussi nécessité d'euphémiser le signifiant pour ainsi réduire la charge émotionnelle qui lui est associée. Ainsi, 16% des parents préfèrent utiliser un autre terme que le mot « bégaiement » lorsqu'ils parlent de la pathologie de leur enfant.

D'autre part, seulement 16% des parents pensent que l'on qualifie le bégaiement comme tabou du fait qu'on ait du mal à en parler. Mais 94% d'entre eux disent que si l'on en parle, le bégaiement ne sera plus une pathologie taboue. Pour 94% d'entre eux, parler du bégaiement leur paraît bénéfique.

26% des parents ont plus d'accidents de parole quand ils parlent à leur enfant, et seulement 5% d'entre eux lorsqu'ils parlent du bégaiement. Ces résultats répondent à la notion de transmissibilité.

- Le syndrome familial du tabou du bégaiement

Ici, 69% des enfants bègues ont d'autres personnes de leur famille touchées par le bégaiement.

Lorsqu'on croise les résultats avec la question : « Parlez-vous facilement du bégaiement de votre enfant avec votre famille ? », 100% des parents en parlent librement. D'après ces résultats, le tabou du bégaiement serait un tabou social. Ces données, concernant l'origine du tabou, sont moins significatives chez les sujets bègues qui ont répondu à cette question.

Il est à noter que les parents qui ont répondu à ce questionnaire ont suivi une guidance parentale au préalable.

CHAPITRE 3 : DISCUSSION

A) Lien entre bégaiement et tabou

- Nous savons que le tabou est un interdit de dire, un signifié annihilé de son signifiant.

Pour la grande majorité de la population qui a répondu aux questionnaires, le bégaiement est aujourd'hui encore tabou en France. Pratiquement tous pensent que, si l'on parle du bégaiement, ce dernier ne sera plus tabou ; effectivement, puisque le tabou consiste en un non-dit, son évocation provoque sa suppression. Nous avons vu précédemment que, 23% des parents considèrent le bégaiement comme un sujet tabou. Néanmoins, comme la question n'a pas été formulée de sorte à savoir si c'est un tabou ressenti dans la société, il semble que ce résultat montre que les parents ont répondu selon leur propre opinion. A contrario, l'ensemble des patients et des orthophonistes considère le bégaiement comme un sujet tabou en France et la majorité d'entre eux s'accorde à dire que, si l'on parle du bégaiement, nous supprimerons le tabou.

De part les questions, nous avons mis en évidence avec qui le bégaiement est le plus librement évoqué.

Entre les parents et l'enfant, le bégaiement est évoqué dans pratiquement 100% des cas, que ce soit du point de vue des parents, comme de l'enfant. Entre eux, le tabou n'est donc pas présent. Les parents semblent également parler facilement du bégaiement avec leur famille ; pour 77% des enfants, le bégaiement a déjà été évoqué avec la famille. Il est à noter cependant, que ce résultat est le moins élevé avec celui concernant le réseau amical. Cela laisse penser que, malgré ces résultats, il y a une plus grande difficulté à en parler à la famille et au réseau social. D'autre part, nous ne pouvons savoir, d'après la formulation de la question, s'il est évoqué aisément ou non.

En outre, pour les orthophonistes les résultats sont moins significatifs ; 86% des orthophonistes parlent tout de même librement du bégaiement avec le patient. Par contre, seulement un tout petit peu plus de la moitié d'entre eux en parlent facilement avec les parents d'enfants bègues. On relève également que 78% des orthophonistes constatent qu'il est très difficile pour le patient qu'on lui parle de son bégaiement au début d'une prise en charge. Ceci contraste avec les résultats des patients qui disent, pour une grande

partie d'entre eux, qu'ils acceptaient déjà qu'on leur en parle avant la prise en charge. Peut-être que la prise en charge orthophonique ayant bien avancée, ils aient oublié leurs ressentis la précédant.

Il paraît évident qu'entre l'orthophoniste et le patient, le bégaiement puisse être formulé aisément puisque cela fait partie de la prise en charge orthophonique ; il est donc important que le tabou soit levé au sein de la prise en charge, afin que celle-ci puisse avoir toute son efficacité. Il est de l'ordre des orthophonistes de faire en sorte que le patient ait un lieu où il ait la possibilité de pouvoir parler librement de son bégaiement.

Autant les parents parlent du bégaiement de leur enfant facilement avec la famille et leur réseau amical, autant les orthophonistes, pour presque la moitié d'entre eux, ressentent des difficultés à en parler avec les parents du patient bègue ; ceci laissant sous-entendre qu'il y aurait un tabou provenant de l'orthophoniste. Malgré la démarche de l'orthophoniste, qui tend à supprimer le tabou, les résultats rendent compte de la difficulté pour l'orthophoniste à le briser, lorsqu'il se trouve face à l'adulte référent.

Concernant ces résultats, il est important de prendre en considération le fait que ce soient des individus bègues qui aient fait une demande de prise en charge (ce qui exclut les personnes bègues qui n'ont fait aucune demande), et que ce sont des orthophonistes qui se sentent relativement à l'aise pour prendre en charge le bégaiement (ce qui exclue les orthophonistes ne prenant pas en charge cette pathologie). Les résultats sont donc probants quant à la présence du tabou au sujet du bégaiement.

D'autre part, même si les résultats sont significatifs quant à l'évocation du bégaiement avec le réseau amical, on constate toutefois qu'ils font partie des résultats les moins élevés, autant de la part des parents que de la part des patients. Ainsi, nous pourrions en déduire qu'il est moins aisé pour les parents, comme pour les patients, de parler du bégaiement avec l'entourage extérieur à la famille. En référence à cette question, le tabou se fait valoir plutôt comme un tabou social.

Enfin, il semble que pour les parents, il est également plus délicat d'en parler avec leur enfant ; peut-être de peur de faire des maladresses, ces derniers préfèrent parfois s'abstenir.

- Le tabou revêt à la fois un caractère sacré et impur. Nous avons alors voulu savoir si le bégaiement procure des aspects négatifs comme positifs.

Nous avons vu que le tabou des personnes ou des choses leur donnait des privilèges et les rendaient sacrées. Un tiers des patients bègues pense posséder des capacités que les non-bègues n'ont pas, et presque la moitié d'entre eux tire parfois bénéfice de leur bégaiement. Ainsi, ces résultats laissent à penser que, pour un nombre certain, le bégaiement procure certains privilèges réservés exclusivement aux personnes bègues. Ce sentiment d'être différent renforcera un sentiment inconscient d'être un élu et d'avoir une mission sans pour autant le verbaliser.

Plus d'un tiers des orthophonistes sont du même avis ; par contre les réponses des parents à ce sujet contrastent fortement puisque seulement 7% d'entre eux pensent que leur enfant tire parfois bénéfice à être bègue. Effectivement, pour les parents d'un enfant qui a une pathologie, il est sûrement moins évident pour eux d'y trouver un avantage quelconque.

Ce caractère sacré, que procure le bégaiement, est donc observé plutôt par les orthophonistes et les patients eux-mêmes.

Concernant le caractère impur dont est pourvu quelque chose de tabou, la grande majorité des patients pense que le bégaiement entraîne des conséquences négatives pour eux et la moitié des parents est du même avis. Nous voyons ainsi, au travers de ces résultats, l'ambivalence qui marque le tabou, c'est-à-dire son aspect à la fois sacré et impur, comme dans le bégaiement.

On rejoint également l'une des définitions de Wundt (1) : « est tabou tous les usages dans lesquels s'exprime la crainte inspirée par certains objets, en rapport avec les actes se rattachant à ces objets », et lui confère également son caractère impur. 71% des patients observent un certain malaise de la part de leur interlocuteur lorsqu'ils conversent ensemble. A côté du malaise de l'interlocuteur, qui est certainement dû à l'étrangeté de la parole du bègue, le fait que le bègue ne mette pas en place le comportement tranquillisateur définit par Le Huche accentue ce malaise et la crainte que cela peut inspirer. Toutefois, les résultats concernant les parents montrent que ces derniers perçoivent beaucoup moins la gêne de la part de leurs interlocuteurs.

En contre partie, 64% des orthophonistes qui prennent en charge le bégaiement se disent à l'aise avec cette pathologie. Ces résultats excluent les orthophonistes qui ne prennent pas en charge le bégaiement soit, parce qu'ils (elles) n'en ont pas encore eu l'occasion, soit parce qu'ils (elles) ne se sentent pas assez à l'aise avec cette pathologie pour la prendre en charge. Il semble que, malgré une formation destinée à prendre en charge le bégaiement, cette pathologie paraît moins évidente à prendre en charge, au regard des orthophonistes, par rapport à d'autres.

- Le tabou est un interdit arbitraire ; il n'y a pas d'explication qui justifie l'interdit et la population s'y soumet de façon naturelle.

A ce sujet, 45% des parents trouvent des raisons au fait que le bégaiement soit une pathologie taboue, la moitié des orthophonistes également et 60% pour les patients.

Ce résultat, relativement élevé concernant les patients, laisse penser qu'il y a eu un amalgame entre les causes et les conséquences du tabou ; en effet, lors de la question ouverte sur les causes éventuelles du tabou, parmi les réponses, certaines d'entre elles relevaient plus de la conséquence (honte, baisse de l'estime de soi...) que de la cause. De façon générale, l'opinion reste mitigée quant à ce critère de définition, la moitié de la population estimant qu'il n'y a pas de raison évidente qui puisse expliquer que le bégaiement soit tabou.

- Dans le tabou, il y a nécessité d'euphémiser le signifiant afin de baisser la charge émotionnelle qui lui est associée.

Sachant que ce sont des patients et des parents d'enfants bègues qui sont en cours de prise en charge, un quart des patients utilise un autre terme que celui du bégaiement lorsqu'ils en parlent et 20% pour les parents. De par ces résultats, on constate tout de même qu'il reste encore difficile pour une partie non négligeable de la population questionnée de parler de leur bégaiement en utilisant ce terme ; ceci renvoie au caractère équivoque du signifiant et la nécessité d'euphémiser ce dernier, pour baisser la charge émotionnelle qui y est associée.

Par contre, 91% des orthophonistes utilisent ce terme ; pratiquement la totalité d'entre eux brise cet aspect du tabou en employant le terme « bégaiement » plutôt qu'un autre.

Ce résultat contraste avec ceux des patients et des parents, mais il est légitime puisque supprimer le tabou fait partie des objectifs de la prise en charge orthophonique.

- La transgression du tabou

« La transgression du tabou entraîne honte, culpabilité... » selon M. Paperman (34)

Presque la moitié des parents se sent coupable lorsque ces derniers parlent du bégaiement de leur enfant et 21% d'entre eux se sentent mal à l'aise. On constate ici, que malgré la prise en charge du bégaiement de leur enfant et de leur suivi en guidance parentale, une partie non négligeable d'entre eux conserve une certaine culpabilité lorsqu'ils parlent de la pathologie de leur enfant et rendent ainsi le bégaiement tabou. Ceci rejoint les résultats concernant les orthophonistes, puisque la moitié se sent plus culpabilisée ou gênée que pour une autre pathologie lors de la verbalisation du bégaiement avec le patient concerné. 59% des patients acceptaient avant la prise en charge que l'on parle de leur bégaiement donc, plus de la moitié d'entre eux. Nous pourrions en déduire que, les concernant, ils éprouvent moins de gêne que leurs interlocuteurs quand leur bégaiement est évoqué dans la conversation. 78% acceptent que l'on en parle depuis leur prise en charge, démontrant ainsi les effets bénéfiques de la prise en charge, quant à la suppression du tabou.

Toutefois, presque la moitié des orthophonistes perçoit un sentiment de honte chez le patient quand ils parlent du bégaiement, mais aucune culpabilité.

Par contre, il semble que l'annonce du diagnostic ne rentre pas dans cette acception du tabou ; normalement, la transgression provoque des effets démesurés sur une personne, notamment les parents.

17% des orthophonistes ont relevé de vives réactions de la part des parents, une fois le compte rendu de bilan donné. Ces résultats sont un peu plus élevés concernant les parents puisque, tout de même 32% d'entre eux disent avoir eu une vive réaction lors de l'annonce du bégaiement. Nous pouvons penser que les parents n'ont pas mis à nu leurs ressentis devant le professionnel de santé. Les résultats à ce sujet, concernant les patients, corroborent cette hypothèse puisque, près de la moitié d'entre eux a observé de

vives réactions de la part de leurs parents, et un tiers d'entre eux l'a aussi observé dans leur milieu familial et social.

- La transmission

L'homme primitif pensait qu'un objet dangereux était dangereux par le toucher et que le tabou pouvait se transmettre par contact. Nous avons voulu savoir si l'évocation du bégaiement entraînait plus d'accidents de parole chez l'interlocuteur.

Seulement 13% des orthophonistes disent que des patients n'ont pas entrepris de prise en charge après l'annonce de leur bégaiement ; ils sont devenus eux-mêmes tabous.

Par contre, 61% des orthophonistes disent avoir plus d'accidents de parole lorsqu'ils s'adressent à un bègue et 26% des parents constatent ce phénomène également lorsqu'ils parlent avec leur enfant contre 5% lorsqu'ils parlent du bégaiement. Ici, on s'aperçoit que cette transmission s'obtient bien par la présence de la personne taboue qu'est le sujet bègue.

- Les répercussions émotionnelles et les conséquences sur son estime de soi.

Ainsi, 73% des bègues ressentent de la honte à cause de leur bégaiement mais ces manifestations font partie de la partie immergée de l'iceberg, puisque seulement 42% des orthophonistes relèvent ce sentiment quand elles évoquent le bégaiement avec leur patient et 39% voient une augmentation des accidents de parole. Les bègues parlent également d'une perte de confiance en soi et une mauvaise estime de soi.

- Le tabou exerce un effet organisateur au sein de la société.

Que ce soit les orthophonistes comme les patients, une majorité s'accorde à dire que les relations amicales et les situations de communication seraient différentes sans le bégaiement ; ceci sous-entend une organisation particulière des relations autour du bégaiement : les six malfaçons de Le Huche que l'on retrouve chez le sujet bègue et notamment la perte du comportement tranquillisateur en sont l'expression même. Ce

dernier agit comme s'il ne s'apercevait de rien, et veut à tout prix masquer son bégaiement. Il met l'autre dans une situation d'inquiétude et l'oblige à faire semblant également : « pourvu qu'il ne s'aperçoive pas que je m'aperçois que je bégaie. » L'OREV qui vient de se créer est le bégaiement : l'interlocuteur est focalisé sur le contenant et non sur le contenu, et il est maintenu dans ce non-dit ; mais l'attitude du bègue focalise l'attention sur tout ce qui dévoile son bégaiement et ainsi, la relation est faussée.

B) L'origine du tabou du bégaiement

Lorsqu'on demande aux patients à qui ils attribuent l'origine du tabou, 55% d'entre eux répondent que ce tabou provient du milieu scolaire dans lequel ils évoluent ; 18% l'attribuent au réseau amical et 19% pensent également que cela provient du milieu familial ; pour ceux qui sont dans la vie professionnelle, il y en a 65% qui disent que le milieu professionnel est à l'origine du tabou sur le bégaiement. Enfin, 18% donnent également une responsabilité au réseau amical.

Ces résultats mettent en exergue un tabou qui serait d'ordre social, puisqu'effectivement, les résultats les plus significatifs à ce sujet font référence à la société dans laquelle les bègues évoluent. Toutefois un pourcentage non négligeable attribue l'origine du tabou à la famille : presque 20% d'entre eux évoquent l'origine familiale.

Quand on s'intéresse à l'avis des orthophonistes, 57% pensent que cela peut provenir du milieu familial, 74% d'entre eux incriminent aussi le milieu scolaire et 39% le réseau amical de l'individu bègue.

Leur opinion à ce sujet concorde tout à fait avec les résultats des patients bègues ; en effet, c'est également la société qui est la plus incriminée quant à l'origine de ce tabou sur le bégaiement. Néanmoins, l'origine familiale est également à prendre en considération, mais dans une importance moindre.

Une autre question permettait de savoir si d'autres individus que le patient bègue dans leur famille respective étaient touchés par le bégaiement ; afin de savoir s'il y a un tabou

familial quand le bégaiement est récurrent au sein d'une même famille. Ainsi, 70% des parents qui ont répondu pour leur enfant connaissent une ou plusieurs autres personnes dans leur famille qui sont touchées par le bégaiement. En revanche, nous avons constaté précédemment que les résultats des parents ne mettent pas en avant le tabou du bégaiement ; 90% des parents au moins disent parler facilement du bégaiement dans leur milieu social comme familial. Les résultats à ce sujet ne sont par conséquent, pas significatifs.

D'autre part, 38% des patients connaissent un autre membre de leur famille touché par le bégaiement, c'est-à-dire cinq d'entre eux.

Les cinq patients en ont déjà parlé avec leurs parents mais nous ne savons pas si le sujet est évoqué aisément ou non. Par contre, trois de ces patients n'en ont jamais parlé avec leur famille respective. Cela signifie, que pour trois des patients possédant d'autres personnes bègues dans leur famille, le bégaiement n'a jamais été évoqué avec la famille ; ce résultat est très significatif quant à un tabou d'ordre familial concernant le bégaiement. Nous pourrions même penser qu'il existe un syndrome familial du tabou du bégaiement dans certaines familles. Cette hypothèse coïncide également avec les orthophonistes qui disent, pour une majorité d'entre eux, qu'il est difficile de parler du bégaiement avec l'entourage du patient.

Par contre, aucun de ces trois patients ne verbalise l'origine familiale du tabou, et seulement un patient sur les cinq en question évoque l'origine familiale du tabou.

19% des patients qui n'ont pas de personnes bègues dans leur famille attribuent tout de même une origine familiale quant au tabou du bégaiement.

Nous pourrions en conclure qu'il existe réellement un tabou familial du bégaiement même si le tabou provient en majorité de la société, les patients comme les orthophonistes le ressentent également au sein de la famille. De plus, cela est d'autant plus significatif lorsqu'il s'agit de patients bègues qui connaissent d'autres individus de leur famille touchés par le bégaiement, où nous constatons une plus forte proportion au tabou familial ; en effet, nous rappelons que trois patients sur les cinq concernés n'ont jamais évoqué le bégaiement avec leur famille. Nous pourrions parler alors du syndrome familial du bégaiement.

Néanmoins, la société reste massivement responsable du tabou concernant le bégaiement, la majorité des résultats faisant référence au milieu scolaire, amical et professionnel.

D'autre part, la question ouverte permettait de répertorier les raisons pour lesquelles le bégaiement est tabou et c'est également la société qui fut le plus incriminée.

Les patients parlent de stigmatisation de la différence, du regard de l'autre, des moqueries et la crainte de la contagion que peuvent avoir les interlocuteurs.

Certains attribuent également l'origine du tabou du bégaiement au « faire-semblant » des bègues, qui feignent de ne pas s'apercevoir de leurs accidents de parole et poussent ainsi l'interlocuteur à s'interroger.

C) L'enjeu clinique de la suppression du tabou

94% des orthophonistes s'adonnent à supprimer ce tabou au sein de leurs prises en charge. 94 % des parents pensent qu'il est préférable d'évoquer le bégaiement.

73% des patients ressentiraient soulagement et libération grâce à l'évocation du bégaiement mais 18% ressentiraient une certaine fragilité et vulnérabilité. Ceci renvoie à l'une des raisons qui étaient évoquées concernant l'origine du tabou : il est difficile d'évoquer une faiblesse, quelle qu'elle soit, puisque cela engendre un sentiment de vulnérabilité et d'exposition.

87% des orthophonistes font valoir le soulagement et la libération mais 30% d'entre eux révèlent également la sensation d'être fragilisé.

D'après ces résultats, il semble essentiel de supprimer le tabou du bégaiement afin que les patients vivent plus facilement leur pathologie mais aussi, afin de permettre que l'interlocuteur et eux-mêmes s'intéressent au contenu du discours, et non plus à sa forme. Il est tout de même à prendre en considération le côté ambivalent de la suppression du tabou ; c'est-à-dire, qu'à la fois c'est bénéfique pour le patient mais c'est aussi source de vulnérabilité pour une partie d'entre eux. Un travail préalable auprès du patient, qu'il soit orthophonique, psychologique ou autre est à envisager afin de le

préparer au mieux à la verbalisation de son bégaiement et ainsi éviter qu'il n'en ressente les effets pervers.

Les diverses passations ont permis de mettre en exergue que le bégaiement rentre encore dans les tabous en France, même si sa représentation a bien évolué au regard de l'histoire de cette pathologie. Selon la population questionnée, les ressentis diffèrent selon certaines caractéristiques des acceptions du tabou ; toutefois, ce dernier apparaît encore, notamment au niveau des patients bègues et des orthophonistes. On note qu'il reste souvent difficile pour les orthophonistes de parler du bégaiement avec la famille du patient et cette pathologie les rend encore mal à l'aise. Le patient bègue, quant à lui, souffre toujours de la honte et du regard de ses interlocuteurs, et installe dans les situations de communication cette implicite loi du silence, connue sous le nom de « perte du comportement tranquillisateur ». Les parents représentent la population qui semble le moins ressentir les effets du tabou du bégaiement.

CONCLUSION

CONCLUSION

Si l'exposition d'une défaillance est généralement une épreuve, elle contribue néanmoins à un certain soulagement en rendant caduque l'angoisse d'être découvert. Ce n'est pourtant pas le cas chez le sujet bègue ; il semble exister un espace imaginaire sanctuarisé, entre ce dernier et ses interlocuteurs, où toute référence au bégaiement est proscrite. Se met en place alors, de façon aussi implicite soit-elle, cette loi du silence que les deux interlocuteurs s'attachent à respecter avec véhémence. On retrouve ce phénomène sous l'appellation : perte du comportement tranquillisateur de F. Le Huche. Pour comprendre pourquoi le pas à franchir entre ce que l'on peut donner à voir et ce que l'on peut s'entendre dire est aussi infranchissable entre le bègue et son interlocuteur, nous nous sommes intéressés à approfondir la question du tabou. Le tabou, depuis ses origines jusqu'à ses définitions contemporaines, se fait valoir comme un phénomène qui se met en place implicitement et demeure insidieusement dans le non-dit. En effet, c'est un interdit de dire qui pose problème car, par nature informulable, formulé il perd son caractère tabou.

Ce concept nous renvoie facilement au bégaiement, qui par nature informulable, se définit comme un sujet tabou.

Ainsi, l'histoire des mots qui ont été attribués au bégaiement nous a permis de savoir comment les bègues ont été perçus au cours des siècles. Dans la langue française, la première désignation particulière s'effectue par analogie au cri de la chèvre. Cette assimilation véhicule incontestablement une évidente connotation de dérision et de dévalorisation. On se rend compte que ces connotations péjoratives ont perduré dans le temps et se retrouvent encore aujourd'hui dans notre société ; les bègues devant faire face au regard de l'autre, aux moqueries, dans leur milieu scolaire et social.

En effet, les questionnaires ont permis de mettre en évidence que le tabou du bégaiement est essentiellement un tabou social, l'image négative dont il est assigné n'étant pas encore sortie des mœurs de la société.

Il existe parfois un tabou du bégaiement qui prend aussi son origine au sein de la cellule familiale, les parents et la famille n'étant pas enclin à évoquer le bégaiement de l'enfant et conférant ainsi à ce dernier, son caractère tabou.

Que son origine soit familiale ou sociale, le tabou du bégaiement entraîne des réactions handicapantes qui vont retentir sur la personnalité du bègue. La partie immergée de l'iceberg, qui représente une partie du bégaiement, laisse apparaître une foule d'émotions et de sentiments négatifs que les bègues éprouvent à l'égard d'eux-mêmes et qui vont influencer sur leur estime de soi et leur façon d'appréhender le monde.

C'est pourquoi, les associations jouent un rôle important, en apportant de l'information sur cette pathologie, encore mal connue par le grand public, afin de briser le tabou dont il fait l'objet et permettre ainsi aux personnes bègues de vivre plus facilement leur handicap. Les questionnaires ont permis de mettre en évidence le travail de l'orthophoniste à ce sujet, qui s'emploie, tant dans la guidance parentale que dans la prise en charge du patient, à supprimer le tabou du bégaiement.

Bien que la perception du bègue ait évoluée, elle garde encore les séquelles de son histoire, que les différents professionnels s'attachent à panser.

Il pourrait être intéressant de faire une comparaison avec des sujets bègues qui n'ont jamais été pris en charge par des orthophonistes. Ceci afin d'accentuer le constat que la tabou existe encore sur le bégaiement, puisque nous avons vu que la prise en charge orthophonique joue un rôle déterminant dans la suppression du tabou.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

1/ Ouvrages

1-FREUD. S. « Totem et tabou» Paris, bibliothèque Payot, 1965, 225 p.

2-ESTIENNE F. et VAN HOUT A. « Les bégaiements. Histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements » Paris, 2eme ed de Masson, 2002, 310 p.

3-SAMSON F. «Tabous et interdits, gangrène de notre société » Paris, ed L' harmattan, 2009, 105 p.

4-ESTIENNE F.« La parole ensorcelée ou le bégaiement raconté» Paris, ed Academia, 1995, 76 p.

5-ASSOCIATION PAROLE BEGAIEMENT par VINCENT E « Image de soi, regard de l'autre »Paris, ed L'harmattan, 2009, 291 p.

6-MEAD M. « Mœurs et sexualité en Océanie » Paris, ed Pocket, 2001, 560 p.

7-DURIEUX M.C. NAYROU F. PARAT H. « Interdit et tabou » Paris, ed Presse universitaires de France, 2006, 255 p.

8-LE HUCHE F, MICHEL A « Le bégaiement, option guérison » Paris, ed Albin Michel, 2002, 239 p.

9-ANDRE C. et LEBORD F. « L'estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres » Paris, ed O.jacob, 2008, 296 p.

- 10-DINVILLE C. « Le bégaiement, symptomatologie, traitement » Paris ed Masson, 1986, 101 p.
- 11-HADDOU M. « Avoir confiance en soi » Paris, ed Flammarion, 2000, 223 p.
- 12-GASTALDI J. « Le petit livre sur la confiance en soi » Paris, ed Rocher, 2005, 142 p.
- 13-PIERSON M.L. ET IRMA MERCADE « L'image de soi » Paris, ed Eyrolles, 2005, 335 p.
- 14-REINACH S. « Cultes, mythes et religions » Paris, ed Robert Laffont Collection, 1997, 1258 p.
- 15-ASSOCIATION PAROLE BEGAIEMENT « Bégayer, Question de parole, Question de Vie » Paris, ed L'Harmattan, Recueil de Témoignages 2009, 203 p.
- 16-GALIFRET-GRANJON N. « Naissance et évolution de la représentation chez l'enfant » Paris ed Puf, 1981, 315 p.
- 17-MONFRAIS-PFAUWADEL M.C. « Un manuel du bégaiement » Marseille, ed Solal, 2000, 363 p.
- 18-MURRAY .F « L'histoire d'un bègue », Paris, ed l'Association Parole Bégaiement, 1990, 201 p.
- 19- BENSALAH A. « Pour une linguistique du bégaiement », Paris, Collection: Sémantique, ed L'Harmattan, 1997,349 p.
- 20- ANCELIN SCHÜTZENBERGER A. « Aïe, mes aïeux ! » paris, ed 16e édition revue et augmentée, 2007, 268 p.
- 21- DUCLOS G « *L'estime de soi un passeport pour la vie* », Paris, ed Le magazine et l'Hôpital Ste-Justine, 2000, 115 p.
- 22- PICKHARDT C. « Développez l'estime de soi de votre enfant », Paris, ed L'homme, 2002, 216 p.

2/ Revues /Articles

23-BEAUBERT C, «Elaboration du psychisme. Elaboration du bégaiement chez l'enfant », *Rééducation orthophonique*, 2001, n°206, Vol. 39, p. 103-112.

24-FORTIER-BLANC J, BEAUCHEMIN M, «Le rôle des parents dans le traitement du bégaiement », *Rééducation orthophonique*, 2000, n°203, p.19-29.

25-LE HUCHE F, «Le comportement tranquillisateur -Son importance dans le traitement du bégaiement », *Rééducation orthophonique*, 1992, n°172, Vol. 30, p. 385-393.

26-MARVAUD J, SIMON A.M, «A propos du bégaiement », *Rééducation orthophonique*, 2001, n°206, p. 21-32.

27-MAISONNEUCE C. « Le bégaiement dans tous ses états » *Orthomagazine* , 2009, n°81, vol 15, p.15.

28-MONFRAIS-PFAUWADEL M.C« L'enfant bègue à l'acmé des émotions » *Orthomagazine* 2006, n°65, vol 12, p.29-31.

29-ANZIEU A, «Approche thérapeutique du bégaiement en fonction de la personnalité du bègue », *Rééducation orthophonique*, 1984, n°140, Vol. 22, p.495-503.

30-BEAUBERT. C, «Elaboration du psychisme. Elaboration du bégaiement chez l'enfant », *Rééducation orthophonique*, 2001, n°206, Vol. 39, p. 103-112.

31-MARVAUD. J, SIMON A-M, «A propos du bégaiement », *Rééducation orthophonique*, 2001, n°206, p. 21-32.

32-LE HUCHE SYLVIE, «Quatre risques de fracture dans la parole du sujet bègue », Glossa, les cahiers de l'Unadrio, 1993, n°33, p. 28-35.

33- SIMON A.M, « Afrique noire, quand tu nous tiens », Orthomagazine, 2009, n°81, vol 15, p. 21-26.

34- PAPERMAN M. « L'inquiétant comportement tranquillisateur », Orthomagazine, 2009, n°81, vol 15, p. 16-20.

3/ Thèses et mémoires

34-GILET C. « Conscience et représentation du bégaiement chez des enfants fluents âgés de 3 à 6 ans et non bègues en situation discursive d'explication » Université de Paris, » Mémoire d'orthophonie, 2002, 99 p.

35-CORCOS E. « Gestualité co-verbale : étude des conduites kinésiques d'enfants bègues et non bègues » Université de Paris Mémoire d'orthophonie, 2002, 98 p.

4/ Sites internet

-« La Seconde Conférence Internationale sur le Bégaiement en Afrique »

Site : 2

-« JMB 2009 ; Les Embrayeurs »

Site : <http://paroledebegue.free.fr/blog/index.php?post/2009/11/30/JMB-2009-%3A-Les-embrayeurs>

-« Africasttutering »

Site : <http://www.africastuttering.org/spip.php?article5>

-« Journée Mondiale du Bégaiement 2009 »

Site : <http://www.blogcatalog.com/blogs/parole-de-begue-un-blog-sur-le-begaiement/posts/tag/monfrais-pfauwadel/>

-« Cameroun: Docteur Jacob Soh - Le bégaiement n'est pas héréditaire »

<http://fr.allafrica.com/stories/200811260724.html>

-« « être bègue en Afrique »

<http://www.jeuneafrique.com/Article/LIN09113trebgeuqirf0/%C3%8Atre-begue-en-Afrique.html>

ANNEXES

Sexe de l'enfant : MASCULIN

Age de l'enfant : 9ans

Questionnaire parents d'un enfant bègue

1/ Parlez-vous facilement du bégaiement de votre enfant avec :

- Votre famille ? Oui
- Votre réseau amical ? Oui
- Votre conjoint(e) ? Oui
- Votre enfant ? Oui

2/ Votre enfant tire-t-il parfois bénéfice de son bégaiement ? → NON

3/ Le bégaiement de votre enfant provoque-t-il des effets négatifs pendant vos discussions ? NON

4/ Trouvez-vous qu'il y ait des raisons évidentes au fait qu'il soit difficile de parler du bégaiement ? OUI

5/ Quand vous parlez du bégaiement de votre enfant, vous sentez-vous :

- coupable ? NON

- mal à l'aise ? NON

6/ Vos interlocuteurs sont-ils mal à l'aise lorsque vous parlez du bégaiement de votre enfant ? NON

7/ Avez-vous eu une réaction forte lors de l'annonce du bégaiement de votre enfant ? NON

8/ Considérez-vous le bégaiement comme tabou ? NON

9/ Connaissez-vous des raisons qui expliquent que le bégaiement soit tabou ? NON

Si oui, lesquelles ?

10/ Lorsque vous parlez du bégaiement de votre enfant avec votre entourage, utilisez-vous un autre terme que le mot bégaiement ? NON

11/ Considérez-vous le bégaiement comme tabou du fait que nous ayons du mal à en parler ? NON

12/ Pensez-vous que si l'on en parle, le bégaiement ne sera plus tabou ? OUI

13/ Selon vous, est-il préférable de parler librement du bégaiement ? OUI

14/ Avez-vous plus d'accidents de parole quand :

- vous parlez à votre enfant ? NON

- Quand vous parlez du bégaiement ? NON

15/ Y a-t-il eu d'autres personnes bègues dans votre famille ? NON (enfant adopté)

Questionnaire orthophoniste

1/Q : Parlez-vous librement du bégaiement avec les patients bègues ? OUI

Q : Est-il aisé d'évoquer le bégaiement et d'en discuter avec l'entourage du patient ?
PAS TOUJOURS .

2/

Q : Lors de vos séances, constatez-vous que les patients tirent parfois bénéfice de leur bégaiement ? NON .

Q : Est-il facile de leur dire que tout le monde peut avoir des accidents de parole ? OUI

3/

Q : Vous est-il arrivé d'avoir vous-même plus d'accidents de parole quand vous vous retrouvez face à un bègue ? OUI

Q : Vous est-il arrivé qu'un patient ne commence pas une prise en charge à cause de l'annonce de son bégaiement ? OUI une fois .

4/

Q : Trouvez-vous qu'il y ait des raisons évidentes qui expliquent qu'il soit difficile de parler du bégaiement ? NON .

5/

Q : Quand vous évoquez le bégaiement avec un patient, cela lui provoque-t-il des émotions négatives telles que :

- la honte ? NON

- la culpabilité ? NON

- une augmentation des accidents de parole ? PARFOIS .
(Ça arrivait avec mes deux patients bègues .

Q : Quand vous évoquez le bégaiement avec la personne concernée, vous sentez-vous plus culpabilisée ou gênée que pour une autre pathologie ? PARFOIS .

Car sa difficulté me renvoie à mes propres habitudes de communication .

6/

Q : Pensez-vous que les situations de communication seraient différentes sans le bégaiement ? OUI

Q : Pensez-vous que les situations de communication seraient différentes si l'on parlait facilement du bégaiement ? NON

7/

Q : Etes-vous à l'aise concernant la prise en charge du bégaiement ? OUI
Sauf avec les adultes bègues .

8/

Q : Y-a-t-il eu parfois de vives réactions des parents lors de la confirmation du bégaiement de leur enfant ? OUI
deux fois } → Un refus de venir avec l'enfant
Un refus d'en parler devant l'enfant

9/

Q : Considérez-vous le bégaiement comme tabou ? Moi NON .

Mais j'obtiens ce tabou de façon + ou - marquée dans toutes mes prises en charge .

10/

Q : Lorsque vous parlez du bégaiement à la personne concernée ou à l'entourage,

-utilisez-vous ce terme ? OUI .

- en employez-vous généralement un autre ? NON .

11/

Q : Pensez-vous que si l'on en parle, le bégaiement perdra son caractère tabou ?

OUI

12/ D'après vos expériences, que provoque la suppression du tabou chez le patient ?

- soulagement ? libération ? OUI
- vulnérabilité, fragilité ? NON

13/ Pensez-vous que l'origine du tabou soit :

- le système familial dans lequel se trouve l'enfant ?
- le milieu scolaire à cause du regard de l'autre }
- le réseau amical de l'individu bègue ?

le regard de l'autre : OUI
mais pas seulement dans le milieu scolaire.

JUSTIFIEZ-VOUS LE BÉGAIEMENT COMME UN SUJET TABOU ENCORE AUJOURD'HUI EN FRANCE ?

RSQUE VOUS PARLEZ DU BÉGAIEMENT À LA PERSONNE CONCERNÉE OU À L'ENTOURAGE,

QUE VOUS EMPLOYEZ-VOUS EN TANT QUE TERME ? **NON**
EMPLOYEZ-VOUS GÉNÉRALEMENT UN AUTRE ? **OUI**

PRÉCISEZ-VOUS QUE SI L'ON EN PARLE, LE BÉGAIEMENT PERDRA SON CARACTÈRE TABOU ? **OUI**

APRÈS VOS EXPÉRIENCES, QUE PROVOQUE LA SUPPRESSION DU TABOU CHEZ LE PATIENT ? **RICHESSE**
DÉVOUEMENT ? LIBÉRATION ?
VULNÉRABILITÉ, FRAGILITÉ ?

PRÉCISEZ-VOUS QUE L'ORIGINE DU TABOU SOIT : **NON**
THÈME FAMILIAL DANS LEQUEL SE TROUVE L'ENFANT ?
LIEU SCOLAIRE À CAUSE DU REGARD DE L'AUTRE ?
EAU AMICAL DE L'INDIVIDU BÈGUE ?

FAIT QUE LE PATIENT PUISSE ÉVOQUER FACILEMENT SON BÉGAIEMENT, CELA FAIT-IL PARTIE
INTELLIGENTE DE VOTRE PRISE EN CHARGE ? **OUI**

À DÉPART D'UNE PRISE EN CHARGE, EST-CE DIFFICILE POUR LE PATIENT BÈGUE D'ÉVOQUER SON

Sexe : *Masculin*

Age : *44 ans*

Questionnaire patient
REPONSE PAR OUI OU PAR NON

1/

Q : Avez-vous déjà parlé de votre bégaiement : (une réponse par tiret)

~~avec vos parents ?~~

-les personnes de la famille ? *OUI*

-les amis ? *NON*

-dans votre vie professionnelle ? *NON*

2/

Q : Pensez-vous posséder certaines capacités que les non bégues n'ont pas ? *NON*

Q : Tirez-vous parfois des bénéfices de votre bégaiement ? *NON*

Q : Pensez-vous que tout le monde peut avoir des accidents de parole ? *OUI*

3/

Q : Lors de vos échanges avec l'entourage, le bégaiement provoque-t-il des effets négatifs ? *OUI*

4/

Q : Peut-on expliquer qu'il soit difficile de parler de votre bégaiement ? *OUI*

Q : Y a-t-il des raisons au fait qu'on n'en parle pas ? *OUI*

5/

Q : Acceptez-vous que l'on vous parle de votre bégaiement : (une réponse par tiret)

-avant la prise en charge ? *NON*

-maintenant ? *NON*

6/

Q : Vos relations amicales seraient-elles différentes sans votre bégaiement ? *NON*

7/

Q : Remarquez-vous parfois un malaise de la part de votre interlocuteur lors de discussions ? *OUI*

8//

Q : Y-a-t-il eu des réactions de la part de votre entourage lors de la confirmation de votre bégaiement ? (une réponse par tiret)

~~de vos parents ?~~

-de la part de votre famille en général ?

-de votre conjoint(e) si vous en avez un(e) *OUI*

-de la part de vos amis ? *OUI*

-dans votre milieu professionnel ? *NON*

9/

Q : En France, considérez-vous le bégaiement comme un sujet tabou ? *non*

Q : pensez-vous que cette difficulté à en parler provient : (une réponse par tiret)

- De vos parents et de la famille? *non*
- De votre entourage amical ? *non*
- ~~Du milieu scolaire?~~
- Du milieu professionnel ? *non*

10/

Q : pensez-vous que ce soit tabou à cause :

- des moqueries ? *non*
- de la honte que cela peut engendrer ? *oui*
- du regard de l'autre ? *oui*

11/

Q : Lorsque vous en parlez, utilisez-vous un terme particulier ? *non*

12/

Q : Pensez-vous que si vous en parlez, le bégaiement perdra son caractère tabou ? *non*

13/

Q : Que ressentiriez-vous si cela n'était plus tabou?(une réponse par tiret)

- soulagement ? libération ? *oui*
- vulnérabilité, fragilité ? *non*

14/

Q : Selon vous, pourquoi le bégaiement est tabou ?(**question ouverte**)

Quelles peuvent en être les raisons ?

Ca nous rend honte - de la peur d'être jugé

15/

Q : Y a-t-il eu d'autres personnes bègues dans votre famille ? *non*

Si oui, qui est-ce pour vous ?

Sexe : Féminin

Age : 17

Questionnaire patient
RÉPONSE PAR OUI OU PAR NON

1/

Q : Avez-vous déjà parlé de votre bégaiement : (une réponse par tiret)

- avec vos parents ? OUI
- les personnes de la famille ? NON
- les amis ? OUI
- dans votre vie professionnelle ? OUI

2/

Q : Pensez-vous posséder certaines capacités que les non bégues n'ont pas ? OUI

Q : Tirez-vous parfois des bénéfices de votre bégaiement ? OUI

Q : Pensez-vous que tout le monde peut avoir des accidents de parole ? OUI

3/

Q : Lors de vos échanges avec l'entourage, le bégaiement provoque-t-il des effets négatifs ? NON

4/

Q : Peut-on expliquer qu'il soit difficile de parler de votre bégaiement ? OUI

Q : Y a-t-il des raisons au fait qu'on n'en parle pas ? OUI

5/

Q : Acceptez-vous que l'on vous parle de votre bégaiement :(une réponse par tiret)

- avant la prise en charge ? NON
- maintenant ? OUI

6/

Q : Vos relations amicales seraient-elles différentes sans votre bégaiement ? OUI

Q : Vos relations amicales seraient-elles différentes si vous parliez de votre bégaiement avec votre entourage ? OUI

7/

Q : Remarquez-vous parfois un malaise de la part de votre interlocuteur lors de discussions ? OUI

8//

Q : Y-a-t-il eu des réactions de la part de votre entourage lors de la confirmation de votre bégaiement?(une réponse par tiret)

- de vos parents ? OUI
- de la part de votre famille en général? OUI
- de votre conjoint(e) si vous en avez un(e) X
- de la part de vos amis ? NON
- dans votre milieu professionnel ? OUI

9/

Q : En France, considérez-vous le bégaiement comme un sujet tabou ? *non*

Q : pensez-vous que cette difficulté à en parler provient : (une réponse par tiret)

- De vos parents et de la famille ? *non*
- De votre entourage amical ? *oui*
- Du milieu scolaire ? *oui*
- Du milieu professionnel ? *X*

10/

Q : pensez-vous que ce soit tabou à cause :

- des moqueries ? *oui*
- de la honte que cela peut engendrer ? *oui*
- du regard de l'autre ? *oui*

11/

Q : Lorsque vous en parlez, utilisez-vous un terme particulier ? *non*

12/

Q : Pensez-vous que si vous en parlez, le bégaiement perdra son caractère tabou ? *oui*

13/

Q : Que ressentiriez-vous si cela n'était plus tabou ? (une réponse par tiret)

- soulagement ? libération ? *oui*
- vulnérabilité, fragilité ? *non*

14/

Q : Selon vous, pourquoi le bégaiement est tabou ? (**question ouverte**)

Quelles peuvent en être les raisons ?

Il peut être tabou car les bégues sont considérées comme des personnes différentes, que l'on met à l'écart

15/

Q : Y a-t-il eu d'autres personnes bègues dans votre famille ?

Si oui, qui est-ce pour vous ?

Oui, mon parrain

Cette étude porte sur le lien existant entre le bégaiement et le tabou. Nous savons que dans les situations de communication, entre le bègue et son interlocuteur, se met en place une implicite loi du silence, dans laquelle toute référence au bégaiement est exclue afin de préserver de l'inconcevable : sa verbalisation. Ainsi s'actualise le tabou du bégaiement. Dans son histoire, le bègue fut assigné comme un personnage de dérision et sans cesse dévalorisé.

A l'aide des questionnaires, nous mettons en exergue l'évolution des liens encore subsistants entre le tabou et le bégaiement ainsi que les répercussions que cela engendre sur la personnalité du bègue ; ceci afin de montrer combien il est important de continuer à faire en sorte que le bégaiement sorte des tabous de notre société.

- Mot-clé 1 : bégaiement
- Mot-clé 2 : psychologie
- Mot-clé 3 : information
- Mot-clé 4 : questionnaire
- Mot-clé 5 : adolescents et adultes
- Mot-clé 6 : tabou
- Mot-clé 7 : société
- Mot-clé 8 : image de soi