

*L'évaluation du bégaiement serait-il plus nécessaire chez l'enfant que chez l'adulte ? On connaît bien maintenant le développement de la fluence chez l'enfant, c'est-à-dire l'aisance avec laquelle la parole est produite; nous connaissons aussi les changements qui s'opèrent au cours du temps concernant le rythme, le débit, la longueur des phrases, en un mot la facilité croissante à s'exprimer qui accompagne l'acquisition du langage (3) (18). Ces repères offrent au thérapeute la possibilité d'examiner les différentes variables qui signalent la fluence, ou la disfluente d'un enfant au regard de son âge. C'est en effet la question de savoir quelles disfluences dans la parole d'un enfant devaient être considérées comme normales et quelles autres comme pathologiques, qui a fait naître la nécessité d'évaluer cette parole. Il existe aux Etats-Unis une liste prédictive de chronicisation probable d'un bégaiement chez l'enfant (4) ; il n'y a rien de tel en France (14b).*

*Or la question ne se pose pas dans les mêmes termes chez l'adulte ou l'adolescent, aussi bien ceux chez qui le bégaiement se manifeste depuis longtemps déjà, que ceux pour qui le bégaiement est un trouble acquis ; si nous connaissons les normes du débit de la personne adulte fluente, point n'est besoin pour autant d'évaluer ce débit et d'analyser les disfluences pour admettre comme bègue la personne qui se dit telle ! Pourtant cette évaluation est indispensable à la prise en charge thérapeutique.*

## **BÉGAIEMENT : EXAMEN ET ÉVALUATION**

**par Simon A.-M. (\*) et Grégory H. H. (\*\*)**

\* Anne-Marie SIMON  
Orthophoniste  
Attachée au Groupe de  
Recherche sur le Langage  
INSERM,  
Hôpital de la Salpêtrière  
47 bd de l'Hôpital  
75013 PARIS France

\*\* Hugo H. GREGORY, Ph. D.  
Directeur du Département  
des Troubles  
de la Communication  
(Bégaiement)  
Northwestern University  
Frances Searle building  
Evanston, Illinois 60208  
U.S.A.

### **Pourquoi évaluer ?**

Il n'existe pas encore de théorie du bégaiement pour soustendre l'investigation de ce trouble. C'est essentiellement à partir de la clinique, des différentes approches thérapeutiques que se sont développées les procédures d'évaluation. Celles-ci vont concerner les multiples aspects de la communication, aussi bien au travers des aptitudes mises en œuvre ou bien des déficiences chez le patient, qu'au travers de ce que lui-même ressent dans les échanges avec autrui.

### **Une telle démarche se justifie par les points suivants :**

1 - Le premier pas à franchir pour un patient bègue est de connaître son bégaiement dans toutes ses caractéristiques, non seulement en tant que symptôme, parole et langage, (il devra apprendre à imiter ses bégayages) mais aussi au regard des sentiments, attitudes et réactions que ce trouble a progressivement façonnés ; pour que le patient s'améliore leur changement sera aussi indispensable que la diminution ou la disparition du trouble d'élocution. Le bégaiement est un trouble de la communication qui s'inscrit dans les mouvements entre la vie intérieure et le monde : cette dimension va sous-tendre toute la prise en charge, dès l'évaluation.

2 - Au cours de cette évaluation le thérapeute va lui aussi apprendre à caractériser le bégaiement de son patient afin de pouvoir le décrire, afin que la personne se sente reconnue dans sa difficulté à communiquer, que ce soit sur le plan de l'élocution (bégayages) ou sur

le plan relationnel ; le thérapeute fournira les termes dans lesquels peut se décrire cette difficulté : le bégaiement devient dès lors une réalité observable, dont on peut ou pourra parler, et de ce fait est moins ressenti comme un tabou. On pourra ainsi sortir de la conspiration du silence généralement installée autour.

3 - L'évaluation, par l'analyse systématique de la disfluence, par le constat des mouvements accompagnateurs, par l'analyse des échelles proposées au patient, par l'étude des facteurs psychologiques qui s'y rapportent, va permettre de dessiner un projet thérapeutique, unique pour chaque patient. La priorité à accorder à un aspect du trouble plutôt qu'à un autre est aussi une décision qui est le fruit de l'évaluation ; ceci concerne évidemment le début du traitement, la suite de la thérapie épouse le devenir du patient, sa relation avec le thérapeute, sans aucune rigidité. Mais il est très important de pouvoir formuler un projet thérapeutique (16) la personne bègue a besoin de comprendre comment elle en est arrivée là, et comment elle peut espérer voir son trouble s'atténuer, voire disparaître.

4 - Tout clinicien a tendance à penser que son action est bénéfique ; mais aussi à repousser toute idée d'évaluation de son travail, à part l'appréciation subjective qu'il en a ; or la personne bègue est souvent très négative à l'égard d'elle-même et de son habileté à communiquer ; des repères objectifs seront bien utiles pour apprécier les modifications apportées par l'aide thérapeutique, au bout d'un an, ou plus. Ce sera d'autant plus aisé et objectif qu'une évaluation précise de départ aura été menée. Certes le «ressenti» du patient occupe la place essentielle, mais comprendre pourquoi et comment ont évolué les différents paramètres permet l'ancrage du travail dans la sphère cognitive, soutenant alors l'évolution ultérieure. (Par exemple, reconnaître à travers les différentes échelles remplies que sa sensibilité à la position hiérarchique des individus ne joue plus sur la qualité de la parole et que sa capacité d'assertion s'est renforcée).

5 - Enfin, des recherches sur le bégaiement devraient être menées en France comme aux Etats-Unis ou en Grande-Bretagne, pour une meilleure compréhension et une meilleure prise en charge du trouble. Des mesures objectives, des protocoles standards sont pour ce propos indispensables. Comment élaborer de tels outils si le clinicien lui-même ne les a pas confrontés à la réalité de ses patients ? L'évaluation proposée ici laisse toute la place à l'expérience, la flexibilité, l'empathie du clinicien pour son patient ; il s'agira plutôt de rappeler les grandes lignes de la procédure d'évaluation. D'un point de vue pratique deux séances au moins y sont consacrées... durant lesquelles tous les points ne seront pas systématiquement abordés, mais choisis selon les difficultés propres à chaque patient, linguistiques, émotionnelles ou cognitives, dont les contours se préciseront au cours des séances.

### **Qu'évalue t-on et comment ?**

Quatre aspects différents seront traités : les premiers entretiens, l'analyse objective du bégaiement, les traits du langage et de la communication, les attitudes et sentiments réactionnels.

Cet découpage répond à un désir de clarté dans cet exposé quant à la façon d'apprécier la sévérité du bégaiement ; mais d'évidence on procèdera sagement en essayant de répondre en particulier aux interrogations du patient et à l'éclairage que progressivement on peut donner au trouble et au traitement à envisager.

## **Premiers entretiens**

Les questions suivantes vont permettre de situer la démarche actuelle de demande de thérapie dans le cadre général de l'histoire du patient : pourquoi faire une démarche maintenant ? Quelles ont été les tentatives thérapeutiques précédentes ? Quels antécédents personnels pensez-vous être en relation avec votre bégaiement ? Quelles sont les incidences professionnelles, familiales de votre trouble ? Quelles sont les réactions de votre entourage ? Connaissez-vous les facteurs personnels (comme la fatigue, l'émotion, se sentir en compétition...) ou extérieurs (être pressé, interrompu, conflit, téléphone...) qui interviennent dans la disfluence ? Parlez-vous de vos difficultés avec quelqu'un ? Comment les décririez-vous ? Y-a-t-il d'autres personnes bègues dans votre famille ?

En plus de l'évaluation propre que le patient fait de son bégaiement au travers des

réponses à ces différents points, il dessine son comportement relationnel (repli, timidité, solitude, agressivité, compétition...): la prise en considération des facteurs psychofamiliaux (entente du couple, deuil,...) et des facteurs socio-économiques (profession, chômage,...) permettront de donner au bégaiement sa juste place dans ce comportement ; cette évaluation différentielle entre ce que le bégaiement a réellement gauchi dans la vie du patient et ce qui peut être le lot de tout un chacun en matière de communication est importante, pour pouvoir instaurer un changement ultérieur.

Les échelles permettant de mettre à jour la signification de son bégaiement pour le patient, ainsi que celles testant la capacité à s'affirmer seront très éclairantes dans cette perspective. Nous en reparlerons plus loin. C'est à ce point de l'investigation que parfois une approche psychiatrique peut apparaître nécessaire et justifier d'adresser le patient en consultation spécialisée.

## **Examen systématique de la disflue**

Cette analyse a été développée à Northwestern University par l'un des co-auteurs, Hugo Gregory et son équipe, en particulier par June Campbell et Diana Hill, et sera publiée aux Etats-Unis à la fin de cette année.

Elle répond à deux objectifs principaux : fournir une description objective, à la fois quantitative (fréquence et durée) et qualitative de toutes les disfluences, que celles-ci soient isolées ou combinées entre elles ; permettre de mesurer les changements quantitatifs et qualitatifs des bégayages au cours du temps thérapeutique.

Elle repose sur une transcription in extenso d'un corpus obtenu dans différentes situations de parole. Pour chacune des situations, mais au minimum pour le langage spontané, 400 syllabes seront analysées suivant les traits figurant sur la figure I. Ces traits seront reportés à l'aide d'abréviations et de couleurs différentes : ce codage permet une visualisation ("une matrice colorée") (10) des caractéristiques de chaque transcription et aide notamment au commentaire que l'on en fera au patient. On distingue deux types de disflue : plus ou moins typique du bégaiement. En effet toute parole comporte des disfluences ou accidents de parole : la nature et la fréquence de certains de ces accidents conduisent à les considérer comme plus spécifiquement bégues (spécificité +). D'autres sont habituellement observées dans toute parole vivante (spécificité -) ; les 11 catégories de disfluences sont classées selon cette spécificité qui permet d'apprécier la valeur franchement pathognomonique de certains des traits de la parole du patient.

Nous avons été conduits à porter d'autres indications, en particulier la nature de l'intervention de l'examineur (question, affirmation, renforcement, exclamation), cet aspect pragmatique de l'échange en cours ayant une répercussion sur la fréquence et la nature des bégayages.

Une fois que les disfluences codées ont été portées sur la feuille de transcription, on surligne «l'intention de message» (1) : ne seront pas surlignés tous les éléments non pertinents, à savoir, ce qui est inintelligible, et tous les segments porteurs d'une ou de plusieurs disfluences (phonèmes, parties de mots ou de phrases). Il est alors possible de comptabiliser les syllabes pertinentes, celles qui portent le contenu du discours. On établit des pourcentages des différentes disfluences, en les rapportant au nombre de syllabes pertinentes.

Une telle analyse se justifie pleinement aussi dans l'évaluation des bégaiements acquis d'origine neurologique, dont les traits se distinguent nettement des traits du bégaiement dit développemental, c'est-à-dire étant apparu au cours de l'enfance ou de l'adolescence.

D'autres comptabilisations sont utilisées : Lena Rustin (12) s'appuie sur le nombre de syllabes bégayées par minute, ou sur le pourcentage de mots bégayés par rapport au nombre de mots émis, tout en menant parallèlement une analyse qualitative des disfluences. Conture (3) calcule le nombre de mots bégayés (ou de syllabes) sur une production d'au moins 300 mots, et s'attache à classer par ordre de fréquence les différentes disfluences.

On peut à la rigueur se contenter d'appliquer une échelle de sévérité de 0 à 3 pour chaque catégorie de disfluences et pour chacune des situations de parole étudiées (spontané, lecture, question/réponse, récit, etc...).

**BÉGAIEMENT**

**ANALYSE SYSTÉMATIQUE DE LA DISFLUENCE**

(d'après J. Campbell et D. Hill)

Transcription : (200 syll. enfant - 400 syll. adulte) NOM : Prénom : Age : DATE :  
 Situation de parole : Support :  
 Taille de corpus : Commentaires :  
 Durée : Commentaires :

CODE : Catégories d'accidents de parole selon leur spécificité

Spécificité (-)	Spécificité (+)
H : Hésitation (brun)	RM : Répétition de mot (rouge)
I : Interjection (turquoise)	Rsy : Répétition de syllabes (violet)
R : Reprise modifiée d'énoncé (orange)	Rpho : Répétition de phonème (rose)
NA : Mot non Achevé (gris)	P : Prolongation (vert)
Rseg. : Répétition de segment (bleu)	B : Blocage (noir)
RM : Répétition de mot (rouge)	

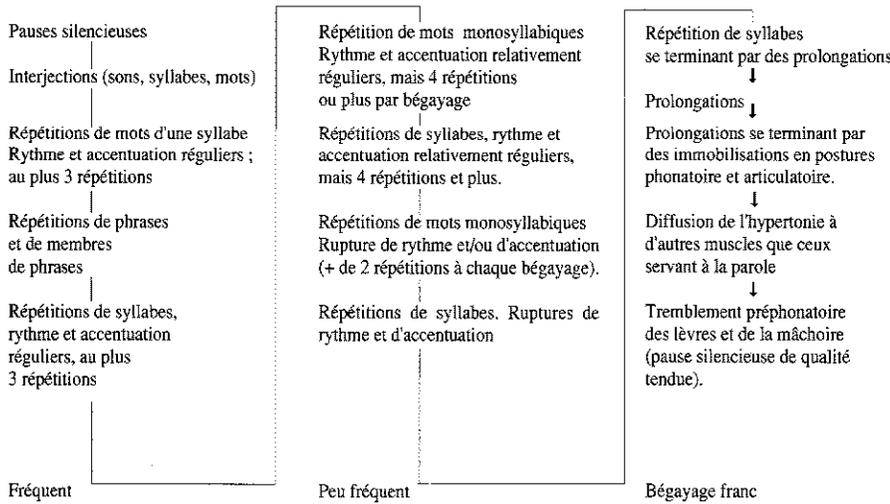
Tarifs qualificatifs	Autres indications
/ : coup de glotte	// : fin de l'énoncé
● : tension audible - accentuation irrég. d'intensité	//?// : interventions de l'interlocuteur
↗ : changement de hauteur	? = interrogation
→ : accélération du débit	- = assertion
n : voyelle neutralisée	! = exclamation
#= : nombre de répétitions - durée du blocage, prolongation ou répétition	~ : parole inintelligible
v : tension visible - indiquer sur quel phonème	— : mot ou phrase non achevé
( ) : trait n'appartenant pas à la disfluence	[.../.../ ] : syllabage
∪ : reprise inspiratoire très audible	
∩ : fin d'expiration audible ; non voisée	
K : click (latéral-antérieur-postérieur)	
D : déglutition	

FIGURE 1

Dans son Echelle de Sévérité du Bégaiement, Riley (11) prend en compte deux situations de parole : parler pendant trois minutes au sujet de son travail, lire un passage de texte (125 mots).

Trois scores sont calculés : le premier mesure la fréquence des bégayages, le second quantifie le temps moyen des trois bégayages les plus importants, et le dernier évalue, à l'aide d'une échelle, les comportements accompagnateurs des bégayages selon la gêne qu'ils procurent à l'interlocuteur. Quatre catégories sont retenues : les bruits accompagnant le bégayage, les mouvements anormaux de la face, les mouvements de la tête, les mouvements de membres.

La figure 2 (ci-dessous) montre une classification établie par Gregory en collaboration avec Hill (8) : des disfluences les plus habituelles jusqu'aux disfluences attestant un bégaiement sévère, les troubles sont classés selon un continuum de tension motrice, en tenant compte en particulier du nombre des répétitions et de la qualité des gestes articulatoires.



CONTINUUM DES ACCIDENTS DE PAROLE - D'après H. Gregory et D. Hill

FIGURE 2

## Comportements accompagnateurs

On distinguera le plan corporel, le plan vocal, le plan respiratoire et certains aspects annexes que le patient dira appartenir à son trouble.

*Plan corporel.* Une échelle simple de fréquence permet pour un grand nombre d'entre eux d'évaluer l'importance de ces comportements dans une vue globale du trouble chez la personne bègue.

Le classement se fera de 0 à 3 : 0 = aucun ; 1 = occasionnel ; 2 = fréquent ; 3 = très fréquent. Seront relevés : les mouvements : de la tête, des membres (préciser), du corps (id) ; les mouvements de la face : grimaces, tremblements, dilatation des narines, tension des lèvres, tension de la langue, clignements des yeux, froncement du nez, du front, mouvements des paupières, fermeture des yeux. Le patient est-il figé, amimique ?

On appréciera s'il existe une inversion du réflexe de détente ; ce phénomène, dit F. le Huche (9) consiste au moment des bégayages «en une augmentation de tension intérieure afin de triompher de l'obstacle en passant en force».

*Plan vocal.* On est très souvent conduit à différencier chez un patient dont le bégaiement n'est pas constant, entre les moments de parole fluente et les moments de bégayage : on appréciera, en tenant donc compte de la fluence, les traits suivants : hauteur : il existe chez certains patients de sexe masculin des passages brutaux en voix de fausset, timbre : des changements notables sont parfois audibles dans la voix de patientes bègues en particulier. Ces variations sont liées à la tention laryngée excessive ; intensité, enveloppe prosodique, présence d'attaques glottiques.

On peut aussi calculer le rapport du temps d'émission du S par rapport au Z. On relèvera le caractère plus ou moins spontané et plus ou moins expressif de la parole appréciée globalement.

*Plan respiratoire.* Certains aspects sont particulièrement fréquents dans le fonctionnement du souffle phonatoire de la personne bègue : présence d'un souffle thoracique supérieur, respirations courtes, trop fréquentes, irrégularité, nombreuses inspirations profondes, mauvaise synergie entre la respiration et la parole (essoufflement, dévoisement), souffle phonatoire affecté par la prosodie.

*Autres versants.* Il n'est pas sans intérêt de noter et d'essayer d'évaluer ce que le patient dit de ses difficultés de mémorisation et d'attention au moment des périodes difficiles pour sa parole. Il peut aussi se plaindre de difficultés d'ordre linguistique et cognitif au moment des échanges verbaux avec autrui : nous allons examiner maintenant ces aspects.

## Traits du langage et de la communication

*Traits linguistiques :* On distinguera le plan syntaxique, le plan sémantique et le plan pragmatique :

- Plan linguistique : on évaluera les occurrences des bégayages sur l'axe syntagmatique ; la disfluence apparaît-elle : liée à la complexité syntaxique, prédominant sur le début des phrases, prédominant sur le début ou la fin des éléments les plus signifiants, en relation avec les accentuations prosodiques.

On peut aussi relever la présence d'erreurs morpho-syntaxiques.

*Plan sémantique.* La fréquence des bégayages peut être très différente s'il s'agit de sémèmes ou de mots fonctionnels, même en tenant compte de leur position dans l'énoncé ; cette fréquence va aussi varier en fonction de la propositionnalité (18) ; connaître ces aspects du langage du patient sera nécessaire lors de la mise en place des exercices de type moteur (cf E.R.A.S.M. - 7-14) pour proposer au patient un support linguistique lui offrant le moins possible de «pièges à bégayer» lors des premiers essais.

On relèvera la présence d'erreurs sémantiques. En français l'existence d'un matériel d'évaluation des troubles possibles - et fréquents selon les auteurs américains - de l'évocation chez les bègues - fait vraiment défaut. Il est en effet important de pouvoir différencier les lacunes de vocabulaire, dues aux facteurs environnementaux (scolarité ou facteurs socio-culturels) d'un trouble de l'évocation ; la démarche thérapeutique en sera très différente. Nous ne pouvons que citer le test américain qui répond à cette évaluation différentielle : le TAWF de D.J. German (6).

*Plan pragmatique et habiletés sociales.* Les traits suivants souligneront le poids de tout

l'aspect relationnel dans le trouble que le patient veut souvent ne voir que dans son expression symptomatique : avec qui est-il (ou elle) le plus disfluent ? Dans quelles situations ? (Cf Echelles de situations-voir plus loin) Utilise-t-il (ou elle) des formules de retrait (ex : je ne sais pas, oui ou non brefs fermant l'échange etc...) ? Présence de remarques parenthétiques.

L'examen de deux comportements suivants apportera au patient un aperçu des changements qu'il pourra opérer en prenant conscience de la façon dont il procède lui-même en situation de communication : peut-il s'appuyer sur la parole de son interlocuteur ; a-t-il un « comportement tranquilisateur » ? (9)

L'examen de ces comportements qu'il est tout à fait nécessaire de tenter de rétablir, car fréquemment perdus chez la personne bègue sera l'amorce de l'évaluation de toutes les habiletés sociales que, par exemple dans un groupe thérapeutique, par des techniques de jeux de rôle, ou d'expression sculptée (« sculpting »), (13) le clinicien visera à améliorer pour chacun des participants, en particulier les patients bègues.

Sans entrer dans le détail de ces habiletés sociales qui permettent d'être un interlocuteur « compétent », citons néanmoins les grandes lignes à évaluer pour entreprendre un travail thérapeutique dans cette direction : les habiletés dites de base telles que garder le contact visuel, savoir observer, écouter... ; les habiletés interactives, telles que savoir se présenter, faire un compliment, s'arrêter, maintenir une conversation... ; les habiletés d'ordre affectif telles que savoir reconnaître ses sentiments, faire confiance... ; les habiletés cognitives telles que savoir s'affirmer, discuter, résoudre un problème...

### Attitudes et sentiments réactionnels

Aucune échelle permettant au patient de signaler selon un protocole standard ses attitudes ou ses réactions dans différentes situations, et en particulier les situations de parole, n'existe en français qui ait été « testée » sur la personne normalement fluente.

Il en existe plusieurs dans les différents bilans de bégaiement américains (4-17-2).

L'échelle de Cooper (4) sur les Attitudes en tant qu'indicateurs de la signification du bégaiement pour le patient est ici donnée en exemple :

#### ATTITUDES RÉACTIONNELLES HANDICAPANTES ADULTE BÈGUE - COOPER (4)

- 1 - Parfois je me sens coupable lorsque je bégaye.
- 2 - Jamais je n'arriverai à parler sans bégayer
- 3 - Les professeurs ne devraient jamais interroger en classe les élèves bègues.
- 4 - A cause de mon bégaiement, j'ai eu plus de mal que d'autres à me faire des amis.
- 5 - A cause de mon bégaiement, j'ai eu de plus mauvaises notes que je n'aurais dû en classe
- 6 - Parfois je crois que je bégaye exprès pour attirer l'attention des autres.
- 7 - Je pense que les personnes bègues ne devraient pas occuper d'emplois en contact avec le public.
- 8 - Je préfère ne pas parler de mon bégaiement, même avec des intimes.
- 9 - Mon bégaiement est certainement aggravé par la façon dont certaines personnes y réagissent
- 10 - Les personnes bègues ne devraient pas occuper des postes d'autorité où elles ont à donner des ordres et des instructions.
- 11 - Je préfère que l'on commande à ma place au restaurant.
- 12 - Je n'aime pas, de façon générale, que l'on parle de mon bégaiement derrière mon dos.
- 13 - Je pense que les personnes bègues ne sont pas aussi intelligentes que les personnes non bègues.

- 14 - Je pense que les personnes bègues ont toutes quelque problème émotif, voire psychologique.
- 15 - On se moque encore plus, me semble-t-il, des personnes bègues que de celles atteintes d'autres troubles de la communication.
- 16 - Parfois j'en veux aux autres comme si c'étaient eux la cause de mon bégaiement.
- 17 - Je crois que mes parents se sentent parfois coupables de mon bégaiement.
- 18 - Je pense que mon bégaiement est un de mes plus gros problèmes.
- 19 - Je pense que mon bégaiement EST mon plus gros problème.
- 20 - Je ne crois pas que les rééducations aident beaucoup.
- 21 - Parfois je pense que la meilleure façon d'aider les personnes bègues est de ne pas leur parler de leur problème.
- 22 - Quelques fois j'ai peur que mon bégaiement soit contagieux et que mes interlocuteurs ne se mettent à bégayer à leur tour.
- 23 - Mes professeurs ont aggravé par leurs attitudes mon bégaiement.
- 24 - Mon anxiété à propos de mon bégaiement ne fait que l'entretenir.
- 25 - Si j'avais plus de volonté, je suis persuadé que je pourrais me sortir seul de ce problème de bégaiement.

Il existe des échelles traitant des situations que le patient préfère éviter, des échelles d'affirmation de soi (5), en français, mais ce ne sont pas des échelles spécifiques pour le bégaiement, des échelles cotant différentes situations en fonction de l'importance des bégayages, de leur fréquence, des réactions du patient, des échelles où la sévérité du bégaiement est appréciée par le thérapeute ou par le patient lui-même.

En donnant ces échelles à remplir à un patient on se livre à une sorte d'inventaire qui aura plusieurs fonctions :

- c'est le patient lui-même qui évalue, à l'aide d'une grille, son comportement, sa réaction ou son sentiment à l'égard de situations ou d'idées. Nous sommes là dans une partie cachée de l'iceberg dont nous avons dit qu'elle jouait un rôle pour le moins aussi important que les signes audibles et visibles du trouble.

- l'étude de ces échelles avec le patient permettra de mettre en relief certaines attitudes mentales, souvent dévalorisantes et négatives. Souvent aussi elle permettra au patient de se rendre compte que ses sentiments et attitudes ne sont pas forcément liés à son bégaiement.

- pour le thérapeute, cette évaluation, si partielle et insatisfaisante qu'elle puisse être puisqu'il s'agit de données émotionnelles difficilement cotables, va néanmoins orienter le choix du versant thérapeutique par lequel commencer (Scénothérapie ou relaxation, ou techniques motrices, comportementales ou encore projection vocale).

- au cours du traitement, le recours à de telles échelles pourra économiquement tracer les changements qui s'opèrent en termes d'assertion, d'estime de soi, d'ouverture et de bien-être dans la relation à l'autre.

Au terme de cette démarche il apparaît que ce ne sont pas les caractéristiques observables - tout bégue présente au moins une des 11 catégories de disfluences recensées dans l'analyse systématique - qui dessinent de façon si individuelle le trouble de chaque patient mais bien la manière dont il a réagi et réagit encore à son trouble.

Faire l'examen d'un patient bégue nous est souvent demandé en une séance, deux parfois. C'est dire que l'évaluation dont je viens de parler ne sera pas totalement effectuée qu'au cours des premières séances ; cela dit, la transcription des enregistrements, et l'analyse systématique de la disfluence, l'étude des difficultés linguistiques et des comportements accompagnateurs, les réponses aux échelles d'évaluation et leur étude, semblent nécessaires avant de décider comment orienter la thérapie ; la rigueur, les comptabilisations, la démarche logique ne vont pas à l'encontre de la capacité d'écoute ni de l'empathie du thérapeute. La thérapie du bégaiement est qualifiée de difficile par les orthophonistes ; certes sa complexité demande une «palette thérapeutique» diversifiée ; mais ce trouble se situe au croisement même de toutes les composantes de la communication qu'orthophonistes et phoniâtres semblent les mieux armés pour traiter.

## Bibliographie

- 1 - CIBOIS, N. : Nouvelle approche du bégaiement. Mémoire d'Orthophonie. PARIS VI 1989.
- 2 - BRUTTEN, G. J. : The Communication Attitude Test. *Journal of Fluency Disorders*, 1989, 14.
- 3 - CONTURE, E.G. : Stuttering. Prentice Hall, 1990.
- 4 - COOPER, E. B. : Personalized fluency control therapy. Learning Concepts. Austin Texas, 1976.
- 5 - COTTRAUX, J. : Méthodes et Echelles d'évaluation des comportements. E.A.P. Paris 1985.
- 6 - GERMAN, D. : Test of Adolescent/Adult Word Finding (TAWF) DLM. Allen. Texas, 1990.
- 7 - GREGORY, H.H. : Controversies about stuttering therapy. University Park Press Baltimore, 1979.
- 8 - GREGORY, H.H. : Stuttering : Differential Evaluation and Therapy. Pro-ED. Austin, Texas, 1986.
- 9 - LE HUCHE, F. : Bégaiement OVEP Paris, 1983.
- 10 - PFAUWADEL, M.C. : Etre bégue. Le Hameau Retz, Paris, 1986.
- 11 - RILEY, G.D. : Stuttering Severity Instrument C.C. Publications. Tigard, Oregon, 1980.
- 12 - RUSTIN, L. : Assessment and Therapy program for dysfluent children. NFER. Nelson Londres, 1987.
- 13 - RUSTIN, L. : Social skills for the speech impaired. Taylor and Francis Londres, 1989 (traduction française à paraître, Masson, 1991).
- 14 - SIMON, A.M. : Un traitement du bégaiement. *Bulletin d'audiophonologie*, 1990, 6, 1, 37-52.
- 14b - Intervention précoce chez des enfants à risque ou déjà bégues. *Glossa*, 1991, 24, 10-21.
- 15 - STARKWEATHER, C.H. : Stuttering prevention. Prentice Hall Englewood Cliffs N.J., 1990.
- 16 - VAN RIPER, C. : The nature of stuttering. Englewood Cliffs, NJ Prentice Hall, 1971.
- 17 - WILLIAMS, D. The problem of stuttering, in Darley et Spriesterbach Edit : *Human communication : Basic processes and disorders*, NY, Harper and Row, 1978.
- 18 - WINGATE, M.E. : The structure of stuttering. Springer-Verlag, New York, 1988.