

Le bredouillement,
Un autre trouble de la fluence.

Cluttering
Another fluency disorder

Auteur :

Véronique Aumont Boucand

Orthophoniste

Directeur du diplôme universitaire « bégaiement et troubles de la fluence » Paris 6

243 boulevard Raspail, 75014 Paris

Tel : 0616505529

Vero.aumont@orange.fr

Co-auteur :

Emilie Desportes pour l'étude de cas

Orthophoniste

30 rue de la passerelle

38150 bougé chambalud

Emilie.desportes26@gmail.com

Le bredouillement est un trouble moteur de la fluence verbale qui se caractérise par un débit anormalement rapide et/ou irrégulier. Ce trouble est lié à la motricité de la sphère orale. Le terme français est mal choisi car il ne reflète pas la complexité du trouble comme le fait le mot anglais, «cluttering» qui signifie «désordre, encombrement». Rien n'est clair dans le bredouillement, depuis l'ordonnancement des idées jusqu'à leur expression. Son incidence dans la population générale est plus importante que celle du bégaiement. Parfois associé à du bégaiement, ce syndrome complexe nécessite un bilan et une prise en charge adaptés.

L'objectif de cette présentation est de permettre aux participants de mieux identifier ce trouble fréquent qui peut prendre des aspects différents (plus phonologique ou plus syntaxique), de comprendre les différences et ressemblances par rapport au bégaiement et d'avoir quelques clefs concernant l'aspect rééducatif.

Le bredouillement est souvent associé aux troubles des apprentissages. Il peut être diagnostiqué assez jeune. Ce trouble fait souffrir car les personnes atteintes se vivent comme de piètres locuteurs. Ils provoquent souvent l'incompréhension ou l'agacement.

Mots clefs :

Cluttering, bredouillement, auto écoute, prise de conscience, vidéo, débit, fluence.

The cluttering is a fluency disorder characterized by an abnormally fast and/or irregular flow. This disorder is related to the oral sphere motricity. The french term « bredouillement » is inappropriate because it does not reflect the complexity of the disorder as does the English word, "cluttering" which means 'mess, clutter'. Nothing is clear in cluttering, since the ordering of ideas to their expressions. Its incidence in the general population is greater than stuttering. Sometimes associated with stuttering, this complex syndrome requires an adapted assessment and therapy.

The objective of this presentation is to allow participants to better identify this common disorder that can take different aspects (more phonological or more syntactic), to understand the differences and similarities compared to stuttering and have some keys concerning the speech therapy.

The cluttering is often associated with learning disorders. It can be diagnosed fairly young. This disorder hurts because it provokes a loss of self estim. It often cause misunderstanding or annoyance.

Keywords:

Cluttering, stammering, auto listening, awareness, video, flow rate, fluency.

I. QU'EST-CE QUE LE BREDOUILLEMENT ?

Le terme français « bredouiller » est apparu au 16^{ème} siècle, c'est une altération de l'ancien français « bredeler », signifiant « parler d'une manière précipitée et confuse ». En Anglais, le bredouillement se dit « Cluttering », ce qui signifie « désordre ou encombrement ». Ce terme met davantage en évidence la complexité du syndrome que le mot français qui n'évoque que les disfluences propres à ce trouble. Nous pourrions plus justement dire emmêlement, enchevêtrement de la parole ou encore plus joli tachyphémie ce qui signifie : parole rapide.

Le bredouillement est un trouble de la fluence, caractérisé par un débit anormalement rapide et irrégulier. Ce débit anormal se manifeste par :

- Un nombre excessif de disfluences dont la majorité ne sont pas typiques du bégaiement
- Un placement des pauses et une prosodie non conformes aux contraintes sémantiques et syntaxiques
- Un degré inapproprié (la plupart du temps excessif) de coarticulation entre les sons, spécialement dans les mots multi syllabiques.

Le bredouillement est un trouble du flux dans lequel une personne ne parvient pas à ajuster la vitesse de son débit en fonction de la complexité syntaxique ou phonologique du moment (Van Zaalen, 2009).

Les patients en bilan décrivent des choses différentes :

« Souvent, les gens me font répéter. »

« Je manque d'air à la fin de mes phrases, je ne sais pas respirer »

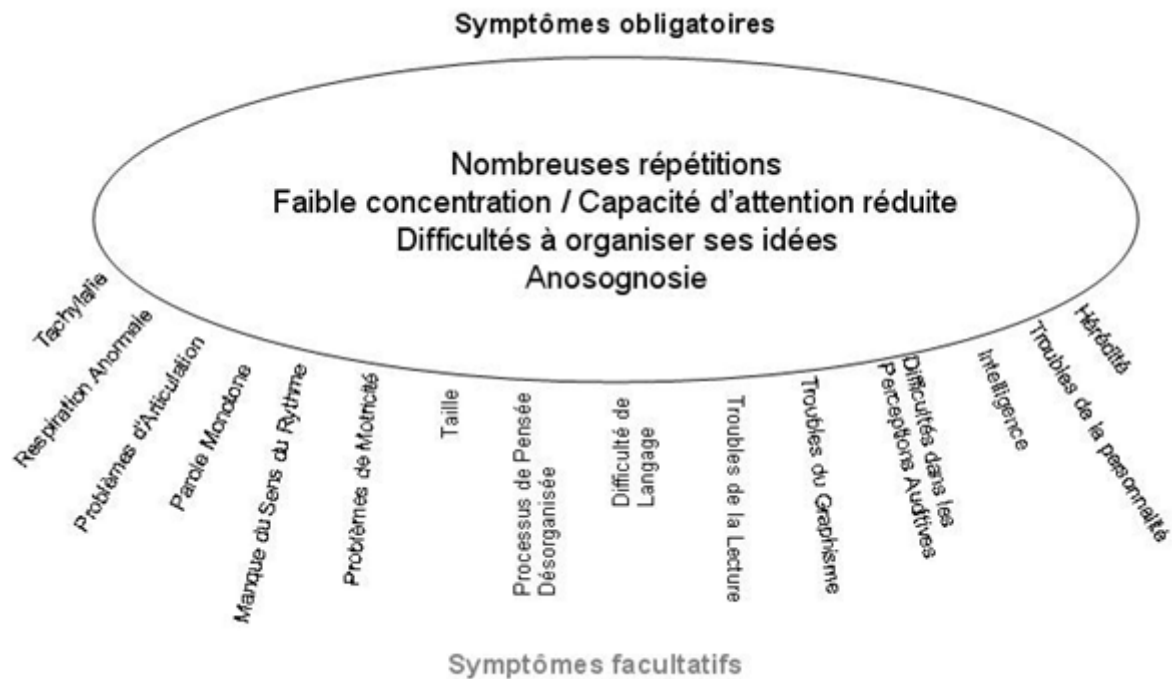
« Les autres me disent d'articuler, cela m'énerve. »

« Les autres se plaignent que je parle trop vite. »

« Je pourrais être très performante dans mon travail mais avec ce problème, je n'arrive pas à vendre car je ne suis pas assez convaincante. »

Il existe plusieurs définitions du bredouillement : une définition brève désignant le bredouillement proprement dit et une définition large comprenant des éléments à la fois de la parole, du langage et du comportement.

Daly propose une liste de symptômes facultatifs pouvant ou non se surajouter à quatre symptômes obligatoires :



La production du langage comprend trois stades :

- Une compilation des idées et un contrôle par rapport au moment de parler,
- Une formulation du message dans des structures syntaxiques correctes,
- Une planification des phrases, des mots et des syllabes avec apport du lexique.

Le bredouillement est avant tout un trouble de la fluence, marqué par un débit supérieur à la moyenne. Le débit normal d'un locuteur est d'environ 5 syllabes par seconde, il passe à 12 syllabes dans le bredouillement. Cela veut dire que le temps pour accomplir ces trois étapes est très limité.

La formulation du langage dans le bredouillement n'est pas assez automatisée.

Trois catégories de particularités existent en plus grand nombre que dans la parole normale :

- Les disfluences normales comme les répétitions de mots (mais, mais) et de segments de phrases (je veux, je veux aller), les interjections (euh), les révisions (ex : «Je vais, je suis allé»)
- Les disfluences pathologiques que l'on rencontre dans le bégaiement comme les répétitions de sons («bbbbarbie»), les prolongations et les blocages accompagnés de tension.

- Les télescopages de syllabes particulièrement dans les mots multi-syllabiques («disaur» pour dinosaure) ou la substitution de sons et/ou de syllabes, ou inversions de syllabes.

Les sujets peuvent parler en faisant des phrases sans erreur, et en faire à d'autres moments dans des phrases de complexité linguistique comparable.

Les problèmes de formulation du langage des personnes qui bredouillent disparaissent lorsqu'elles parlent avec un débit de parole réduit. Elles repèrent ces problèmes lorsqu'elles écoutent un enregistrement de leur parole. Ceci montre une difficulté d'automatisation de la production du langage.

L'intelligibilité est diminuée car la coarticulation est exagérée ce qui rend l'articulation imprécise.

Le bredouillement pourrait être le résultat de perturbations du système des noyaux gris centraux, à l'origine d'un dysfonctionnement cérébral (Seeman, 1970). Dans la parole, les noyaux gris centraux donneraient trop rapidement le signal pour la syllabe suivante. Un dérèglement du cortex cingulaire antérieur et de l'aire motrice supplémentaire pourrait également rendre compte de l'ensemble des symptômes du bredouillement. Dans les cas présentant des symptômes plus limités, la zone touchée serait moins importante.

C'est un peu comme si la pensée et la parole se télescopaient sans parvenir à se synchroniser.

De plus, la personne ne s'auto-corrige pas car le système d'auto-écoute est défectueux. Elle est peu consciente de son trouble.

Quand les ressources attentionnelles sont entièrement dévolues à la formulation du langage, comme dans les tâches langagières complexes, il ne reste pas de capacités à reconnaître et réparer des erreurs de parole (Van Zaalen 2009). Par conséquent, on a fait l'hypothèse d'un "double déficit" dans le bredouillement : un déficit dans la formulation du langage dû à une mauvaise automatisation et par ricochet un faible contrôle puisque la capacité de production langagière est utilisée par des processus de formulation déficitaires. En d'autres termes, formuler la phrase et articuler les mots lors de la production de la parole est tellement difficile que contrôler la production de la parole est parfois tout à fait impossible pour les personnes qui bredouillent (Van Zaalen, 2009).

On pourrait distinguer deux types de bredouillement, selon Van Zaalen 2009 :

- Un bredouillement syntaxique avec des difficultés d'évocation, des problèmes de codage syntaxique des énoncés, des répétitions de morceaux de phrases, des interjections, hésitations et révisions, suppressions de mots.

Ex : « La la grippe est un un phénomène heu complexe, elle entraîne heu des conséquences, heu ,é économiques....heu difficiles »

- Un bredouillement phonologique avec des erreurs non détectées dans l'encodage phonologique provoquant des anomalies dans la structure des mots, des télescopages, des erreurs dans l'enchaînement des syllabes particulièrement sur les mots multi-syllabiques.

Ex : « sument demain on ira à la bliibliothèque » au lieu de sûrement demain, on ira à la bibliothèque.

Ces symptômes apparaissent davantage dans les situations de parole complexes.

La composante génétique est forte, 85% des bredouilleurs ont un membre de la famille qui bredouille. Le trouble peut être diagnostiqué vers 7/8ans. Changer son comportement quand les autres membres de la famille ne le font pas est difficile.

A cet âge, la complexification croissante des demandes en communication et l'exigence de rapidité mettent en échec les enfants qui ont une prédisposition pour bredouiller.

Les enfants qui bredouillent sont moins intelligibles en général dans leur environnement familial que quand ils parlent en classe par exemple. Ils peuvent se concentrer pendant de courts moments et se laissent plus aller à la maison.

Pour parler sur un rythme lent, une attention importante est nécessaire. Dans le discours spontané, la personne qui bredouille n'est pas en mesure de maintenir longtemps ce rythme de parole, ses capacités attentionnelles étant mobilisées pour la formulation du langage.

Les conseils comme « parle moins vite, réfléchis avant de parler » sont à proscrire car ils ne font qu'aggraver le trouble. Ils amplifient la gêne, le désarroi, l'agacement et entraîne une baisse d'estime de soi de l'enfant. Dans la mesure du possible, il est conseillé aux parents de reformuler pour l'enfant à partir de ce qu'ils ont pu comprendre.

La fatigue augmente le bredouillement.

Le bredouillement est souvent moins important dans la lecture à haute voix grâce au support du texte, mais le débit est rapide et/ou irrégulier avec des erreurs de prosodie. Il y a des télescopages, des confusions. Des erreurs ou des omissions surviennent sur des petits mots. Le taux d'erreurs diminue en ralentissant le débit. Souvent, la compréhension du lecteur est altérée.

De nombreux troubles peuvent être associés, les principaux sont le bégaiement, le retard de parole et de langage, les troubles d'articulation, les troubles attentionnels, les troubles des apprentissages.

Une part importante des personnes qui bégaiement présentent aussi des caractéristiques de bredouillement. Elles sont souvent conscientes de leur trouble, contrairement aux personnes qui bredouillent. La personne bègue a du mal à sortir les mots sur le plan moteur. La personne qui bredouille soit parle à un débit trop rapide, soit classe moins rapidement ses idées. Comme le bégaiement, nous faisons l'iceberg du bredouillement, individualisé pour chaque patient. Les disfluences de type bégaiement sont surtout des blocages, des répétitions et des prolongations tendues. Dans le bredouillement, ce serait plutôt des télescopages, des disfluences normales en trop grand nombre et quelques disfluences pathologiques de type bègues. Le bredouillement s'améliore avec la concentration contrairement au bégaiement. Les évitements existent dans les deux cas mais les raisons de ces évitements sont différentes. Dans le bredouillement, le patient a peur de prendre la parole alors que dans le bégaiement il a peur de bégayer. Les émotions négatives sont importantes dans les deux cas et différentes suivant les individus passant par la peur, la gêne, la honte à la baisse d'estime de soi.

Ce trouble peut être détecté également dans le syndrome d'Asperger, la trisomie 21, le syndrome de Gilles de la Tourette ou encore dans les troubles neurologiques de l'adulte. Le bredouillement se présente, dans ces cas-là, plutôt comme un des symptômes de ces pathologies. Pour l'adulte avec troubles neurologiques, il est parfois difficile d'établir un diagnostic différentiel entre bredouillement et dysarthrie.

Les enfants précoces présentent fréquemment un bredouillement.

II. EVALUATION

Le bilan comprend l'anamnèse et l'historique du trouble. L'orthophoniste prend en compte la plainte du patient et analyse s'il y a une corrélation avec un bégaiement éventuel. La plainte est souvent confuse car les patients n'ont pas mis de nom sur leur trouble.

Ex : « J'ai du mal à être crédible alors que mes dessins sont mieux que d'autres » me dit une graphiste. « Je n'ai pas eu de mention à ma thèse alors que je la méritais » se plaint un chercheur. « Les gens ne m'écoutent pas et je ne comprends pas pourquoi ? » me dit un autre patient. « Quand je donne un cours, je n'ai plus d'air à la fin de mes phrases » se plaint un médecin. Et d'autres « Je bredouille quand je ne suis pas dans l'aisance et le contrôle » « Je me rends compte quand cela va venir, je vais dire plusieurs mots simultanément, j'essaie de les dire tous en même temps » « Je sais que c'est de la bouillie quand je parle ».

Le fait de nommer « le bredouillement » pose le diagnostic, c'est pour le patient un véritable soulagement. Comme dans le bégaiement, le fait de parler du bredouillement va faire baisser les émotions négatives s'y rapportant.

L'orthophoniste fait des enregistrements audio ou vidéo, vérifie les praxies, la conscience du trouble et demande une auto évaluation des disfluences, de la vitesse, de la sensation d'essoufflement, de l'échange.

I. PCI

Un premier diagnostic peut être posé en faisant passer le test prédictif du bredouillement de David Daly traduit par Massabo, 2011 « The Predictive Cluttering Inventory (PCI) ».

- 1. Compétences de planification médiocres, difficultés pour utiliser le temps de façon optimale.
 - 5 4 3 2 1 0
 - 2. Peu ou pas d'effort excessif observé pendant les disfluences.
 - 5 4 3 2 1 0
 - 3. Débit de parole irrégulier, parle par salves ou à coups.
 - 5 4 3 2 1 0
 - 4. Télescopages ou mots raccourcis.
 - 5 4 3 2 1 0
 - 5. Débit rapide (tachylalie)
 - 5 4 3 2 1 0
 - 6. Voix initialement forte se terminant en un murmure inintelligible
 - 5 4 3 2 1 0
 - 7. Manque de pauses entre les mots et les phrases
 - 5 4 3 2 1 0
 - 8. Répétition de mots multi-syllabiques et de phrases
 - 5 4 3 2 1 0
 - 9. Coexistence de disfluences excessives et de bégaiement
 - 5 4 3 2 1 0
 - 10. Coordination orale diadococinétique en deçà des niveaux attendus
 - 5 4 3 2 1 0
- Interprétation
 - Un score à > 24 points est une indication d'un bredouillement possible

Ce test est un test de dépistage qui peut permettre d'identifier des personnes qui bredouillent dans la population générale et peut servir en première intention lors d'un bilan orthophonique. Si le score est supérieur à 24, une évaluation complète du bredouillement est nécessaire.

II. EPREUVES

Les épreuves de « Van Zaalen » traduites et adaptées pour le français par « Van Zaalen, Aumont Boucand, Brejon Tetler » permettent d'affiner le diagnostic notamment en déterminant s'il s'agit d'un bredouillement phonologique ou syntaxique. Marie Desportes et Emilie Meyers ont validé ces épreuves en Français pour leur mémoire d'obtention du CCO. Ce test comprend plusieurs types d'épreuves :

- Evaluation motrice: faire 3 séries de 10, pa, taka, pataka, le plus vite possible.

- Evaluation de l'encodage phonologique (lire un mot ou une expression et le répéter trois fois très vite).ex: probabilité possible.
- Evaluation de la vitesse articulatoire en parole spontanée, reformulation et lecture. Voir si le patient peut ajuster sa vitesse.
- Reformulation d'une histoire (histoire du porte-monnaie). Les PQB ont plus de mal en racontant leur journée qu'en reformulant une histoire. Dans la reformulation, ils ont tendance à fournir plus de détails que nécessaire.
- Identification des disfluences

III. Le « cluttering severity instrument » Bakker & Myers, 2011, traduit en français par Marie Eve Dumas et Clément Aunis, permet de mesurer la sévérité du bredouillement.

La version française de ces trois tests existe sur le site de l'International Cluttering Association. <http://associations.missouristate.edu/>

IV. Pour les épreuves de lecture, il faut bien choisir le niveau du texte en fonction du niveau de lecture du patient car cela peut influencer la sévérité du bredouillement. Les passages les plus difficiles contiennent plus de mots multi syllabiques et des phrases plus complexes ce qui provoque plus de bredouillement. Il faut suggérer au patient de lire un passage sans lecture à voix basse avant et un autre avec. Si le patient lit quatre fois le même texte, il va faire moins attention et donc bredouiller davantage. Il faut établir des comparaisons entre reformulation d'histoires, parole spontanée et lecture.

V. Des épreuves de graphisme et écriture sont indispensables car le graphisme est souvent particulier, le tracé irrégulier. Les patients ont parfois peur d'écrire et tentent des diversions ou évitements de situation. On peut faire écrire un texte enregistré par le patient ou encore lui demander d'écrire cinq lignes sur lui puis cinq lignes à copier.

VI. Le bredouillement peut être évalué sur une échelle de sévérité de 0 à 9. Le degré de sévérité de ce trouble est très variable comme pour le bégaiement.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Le pourcentage de bégaiement par rapport au bredouillement est aussi évalué approximativement.

VII. Une évaluation de la pragmatique à l'aide de la vidéo est aussi très utile.

VIII. Certaines questions sont intéressantes à poser après l'anamnèse, lors du bilan :

- Racontez-moi le problème ? Pourquoi maintenant ?
- Avez-vous déjà eu une rééducation pour le bredouillement?
- Sur une échelle de 1 à 10 à combien votre parole est-elle opérationnelle?
- Êtes-vous conscient de comment est votre parole quand vous parlez?
- Comment savez-vous que votre interlocuteur a du mal à vous suivre?
- Que faites-vous spécifiquement pour améliorer la qualité de votre parole?
- Est-ce que c'est plus facile de vous suivre dans certaines situations de parole plutôt que d'autres?

Des discussions avec les compagnes ou compagnons aident les adultes.

Pour les adolescents, les parents et les patients ont besoin ensemble d'informations sur le trouble, sur la durée du traitement et les possibilités de récupération, sur leur rôle et leur façon de réagir au trouble. Le trouble est nommé. La cause neurologique et la plasticité cérébrale expliquée. L'orthophoniste part de l'adolescent en lui demandant les réactions de ses parents au trouble et si leur façon de réagir l'aide. Ils chercheront ensemble des solutions. Les adolescents qui bredouillent s'entendent répéter toute la journée « articule » « je ne comprends rien » « répète ». Le fait de mettre un nom sur ce trouble et de mieux comprendre entraîne une meilleure gestion et acceptation de la part des parents. En cas d'inintelligibilité du discours, la reformulation avec hypothèse de compréhension est l'attitude la plus recommandée.

IX. Exemple de bilan :

E, âgé de 9 ans, né le 30 avril 2008, consulte accompagnée de sa mère en mars 2017 pour un bégaiement sur les « r » et les « j ». Il ressort de l'anamnèse que cet enfant a été suivi pour divers troubles orthophoniques successifs.

A trois ans, en 2011, E a été suivi en orthophonie pour un bégaiement qui s'est arrêté spontanément à 4 ans et demi après l'ablation des végétations.

Il a ensuite été suivi pour un problème de voile du palais d'octobre 2013 à mars 2014 puis pour des difficultés de confusions de sons de septembre à décembre 2015.

En bilan, le diagnostic de « bredouillement » est posé ce qui permet une meilleure compréhension des problèmes de cet enfant. A l'issue de ce bilan, la mère racontera que son frère bredouille sévèrement mais qu'elle n'avait jamais fait le rapprochement avec les problèmes de E.

X. TRAITEMENT DU BREDOUILLEMENT

1. Généralité

Le traitement du bredouillement pour être efficace doit répondre à certains critères :

Les traitements commencent tous par des explications, une phase d'identification, de prise de conscience et d'acceptation du trouble.

Les patients qui bredouillent ont très peu confiance dans leur possibilité de s'améliorer, la motivation entretenue par les progrès accomplis est essentielle au bon déroulement du traitement.

Plus le traitement est intensif, plus l'amélioration sera visible. Les exercices doivent être faits fréquemment sur de courtes périodes car aucune habitude apprise ou capacité humaine ne se répète aussi souvent que la parole. La plupart du temps, durant la journée les vieilles habitudes continuent, ce qui signifie que le temps pendant lequel la nouvelle habitude est pratiquée est assez limité.

Le traitement va être basé sur les données du bilan ce qui signifie qu'il va être individualisé. Le bredouillement est expliqué au patient si besoin avec des analogies, mouvements lents du tai-chi en opposition aux mouvements rapides et saccadés de la boxe par exemple pour les adultes. Les enfants surtout ont besoin de visualisation afin de mieux comprendre le trouble qu'ils ne perçoivent pas bien. Des analogies avec des animaux peuvent être données aux petits. Ex : on marche comme une tortue, comme un lièvre, comme un écureuil etc.

Pour les plus grands, on peut conduire une voiture sans ou en gérant sa vitesse. On peut leur donner des contraventions pour excès de vitesse.

2. Identification, prise de conscience, auto évaluation

L'autoévaluation est effectuée de différentes façons, soit avec un logiciel de type « PRAAT » qui donne un feedback auditif et visuel soit grâce à des enregistrements audio ou vidéo. Le logiciel Praat permet une bonne objectivité car le message est visualisé sous forme d'image. L'intérêt de « Praat » est qu'il peut être téléchargé gratuitement aussi bien sur l'ordinateur de l'orthophoniste que sur celui du patient, donc celui-ci peut continuer les entraînements chez lui. Le travail cible soit la vitesse articulatoire (nombre de syllabes / seconde), soit le nombre et la longueur des pauses, soit la prosodie.

Les enregistrements audio doivent être courts et cibler des passages précis. Ils vont être effectués dans les trois modes suivant : lecture, monologue ou dialogue. Le patient doit

s'évaluer avant écoute de l'enregistrement puis juste après. Le clinicien et le patient s'accorde sur l'évaluation afin qu'elle soit la plus objective possible.

Nous observons les habiletés de communication sur les enregistrements vidéo comme le contact visuel, l'écoute, la gestuelle, la prosodie etc.

3. La vitesse

L'orthophoniste précise l'évaluation qui va être travaillée (vitesse/intelligibilité, technique, pause, habiletés de communication etc.) Nous commençons en général par le travail sur l'auto-évaluation de la vitesse. Les processus neurologiques qui interviennent dans l'accélération et le ralentissement du débit ne sont pas les mêmes ; pour ralentir, un apprentissage s'avère nécessaire.

Nous évaluons la vitesse sur une échelle ou la vitesse en relation avec l'intelligibilité sur deux échelles différentes de 0 à 10. Nous demandons au patient quelle vitesse serait possible pour obtenir la meilleure intelligibilité. Le patient détermine un niveau sur l'échelle. Nous lisons et demandons au patient après deux minutes de lecture s'il se situait bien au niveau voulu puis nous écoutons l'enregistrement et reposons la question au patient. Cette prise de conscience, répliquée quotidiennement, permet une bonne gestion du flux.

Pour les enfants, nous remplaçons l'échelle numérique par une échelle à trois couleurs sur une même ligne, jaune trop lent, vert normal, rouge dépassement de vitesse. L'enfant détermine avant de parler quelle couleur il veut utiliser, nous enregistrons, il dit s'il pense avoir tenu son contrat avant écoute de l'enregistrement puis nous vérifions ensemble après. L'orthophoniste accepte ce que l'enfant dit sans essayer de l'influencer en lui donnant son avis.

Nous levons le doigt ou la stagiaire un carton lorsque nous entendons des passages avec une moindre intelligibilité ou encore un mot inintelligible. Dans la population générale, il y a une accélération sur les mots multi syllabiques. Ceci provoque le bredouillement chez nos patients. Les mots longs multi syllabiques ou peu fréquents sont plus souvent bredouillés. Certains mots sont évités car difficiles à dire. Dans le bégaiement, c'est plutôt la peur d'un phonème particulier qui entraîne l'évitement. Les mots redoutés sont travaillés avec des vitesses différentes et des degrés de coarticulation différents. La répétition permet de rendre le mot plus familier au patient.

Quand le patient bégaié et bredouille en même temps, il est aussi préférable de traiter en premier les symptômes spécifiques du bredouillement. Travailler sur la vitesse permet de réduire la peur de bégayer et si le bredouillement reste, c'est un facteur de rechute probable.

Le travail avec le DAF (Delayed Auditory Feed-back) aide également beaucoup les patients qui bredouillent. Le DAF est une application qui peut être téléchargée pour un prix modique sur un téléphone. Le patient entend sa voix avec un temps de retard et une fréquence différente ce qui le fait ralentir et le rend intelligible. Le patient est passif mais dès qu'il est appareillé, les résultats sont nets. Se voir en vidéo à ce moment-là est encourageant. Un travail peut être fait en diminuant progressivement le délai de réponse et en demandant au patient de conserver sa vitesse de parole. Parallèlement, le travail orthophonique doit être continué afin de limiter les effets dus à l'accoutumance. Cet appareil peut aussi être utile à certains patients qui se trouvent dans l'urgence pour passer un examen important. Il est commercialisé sous forme d'oreillette « speech-easy », dispositif assez onéreux qui ressemble à un appareil auditif (contour d'oreille ou intraauriculaire). Le DAF fait appel aux neurones miroirs.

On travaille également sur un feed-back sensoriel (mouvements effectués à différentes vitesses, parole à différentes vitesses).

Nous apprenons à compter le nombre de pauses ou encore la durée de celles-ci. Les pauses sont fréquentes dans la parole. Elles permettent une bonne séquenciation du discours en unité de sens et une utilisation automatique de la respiration. La durée moyenne d'une pause est de 0,5 à 1 seconde dans le discours. La pause entre deux interlocuteurs peut être un peu plus longue. Lorsque le patient est essoufflé en fin de phrases ou termine ses phrases dans un murmure inintelligible, c'est parce que le nombre de pauses ou leur longueur ne sont pas respectés. La plainte du patient se traduit par : « je ne sais pas respirer ». Nous mettons des objectifs précis. Ex : « Là pendant ces deux minutes, vous avez fait trois pauses de plus, bravo ! » Nous mesurons la longueur des pauses avec le logiciel PRAAT et voyons si cette longueur correspond à la norme. Sinon, nous allons encourager le patient à allonger ses pauses et vérifier ses temps avec lui en l'encourageant, « là votre pause était un peu plus longue presque 0,5 seconde, bravo ! » « Faites plusieurs pauses ainsi ».

Nous demandons au patient de bouger tous les doigts de la main pendant les pauses si les temps de pause ont du mal à être respectés.

Voici d'autres exemples spécifiques de travail sur la vitesse (tous ces exercices doivent être enregistrés ou filmés afin que le patient puisse améliorer son objectivité) :

- Essayer différentes vitesses en les plaçant sur une échelle de 1 à 10
- Autoévaluer souvent sa vitesse dans la parole, y penser avant la prise de parole dans certaines situations (pendant les dix premières minutes du dîner par exemple ou avec certaines personnes choisies à l'avance)
- Travailler sur la parole prolongée

- Choisir avec le patient une vitesse cible

Dès qu'un travail est fait au cabinet il doit être généralisé à la maison de façon régulière et la plus amusante possible. La séance en orthophonie permet juste de comprendre les exercices. Ce qui permet la généralisation, c'est l'entraînement quotidien.

4. Quatre techniques très utiles dans le bredouillement :

1 . Le tapping

Cet exercice consiste à taper les syllabes avec les doigts d'une main, un doigt ou plusieurs ou tous les doigts d'une main.

Au début, on commence doucement avec des mots d'une syllabe puis des mots de deux puis trois syllabes puis une phrase et enfin un texte court. L'utilisation du métronome peut aider.

Cette technique s'acquière assez rapidement. Nous passerons de moments avec tapping puis sans.

Le but est d'aller de plus en plus vite jusqu'à obtenir une parole naturelle et de moins en moins scandée. Le patient s'entraîne au cabinet puis dans un temps particulier le soir chez lui. Lorsque la parole devient plus naturelle et que le patient n'a plus besoin de taper physiquement avec ses doigts, nous organisons le transfert à plusieurs moments de la journée, quatre fois par jour ou avec tel ou tel personne au courant du travail. Cette personne aura le rôle de coach. Au préalable, le patient lui aura dit qu'il essaie de parler plus tranquillement quand il s'adresse à elle.

2. La sur articulation, technique mise en pratique par Marine Pendelieu Verdurand, consiste à jouer sur la sur articulation pour permettre plus de stabilité au système moteur. Le but est également d'arriver à une parole la plus naturelle possible. Les patients s'entraîne d'une manière progressive à sur articuler sur des mots simples puis plus complexes en percevant le feed-back proprioceptif. Nous mélangerons sur articulation et articulation normale en essayant de percevoir lorsque la parole paraît naturelle.

3. La projection vocale est aussi un des exercices fondamentaux. Debout, pied écartés largeur de hanche, menton un peu rentré, nous commençons par des exercices sur l'émission de voyelles simples puis de sons avant de passer à de petites phrases. La consigne étant de rentrer un peu le ventre pendant l'émission du son et de relâcher à la fin de cette émission. En attitude de projection vocale, les patients articulent davantage et reprennent confiance en eux.

4. Le Self Modeling

Nous prenons une vidéo du patient de quelques minutes dans un moment où la parole est très intelligible. Nous demandons au patient de regarder deux fois par jour la vidéo. Cette technique utilisée dans d'autres domaines est motivante. C'est un complément intéressant à la rééducation qui a des preuves d'efficacité.

5. Les habiletés de communication

Le travail se continue en travaillant les habiletés de communication déficitaires chez le patient, ces exercices vont varier en fonction de l'observation des vidéos de chaque patient.

Dans l'idée de dire ses idées, au plus vite et dans tous les sens, le patient ne parle pas toujours en fonction de l'interlocuteur.

1. Le contact visuel

Le contact visuel n'est pas toujours adapté. Une explication sur l'utilisation sociale du contact suffit. Le contact visuel a deux fonctions. Il désigne l'interlocuteur choisi et permet l'adaptation du discours des deux communicants. Si le patient a développé du fait du trouble une peur du jugement d'autrui qui rend alors la relation plus difficile, nous proposons un travail spécifique peut-être d'ordre psychologique.

2. La prosodie

La prosodie est particulièrement touchée dans le bredouillement. L'accent tonique du français est sur la dernière syllabe avant la pause qui est allongée. La personne qui bredouille dit toutes les syllabes de la même taille ce qui donne un rythme particulier.

Nous travaillons sur la prosodie en émettant des mots et des phrases avec des intonations différentes et un travail sur les syllabes de différentes longueurs.

3. Les tours de parole

D'autres habiletés comme le respect des tours de parole ou l'impulsivité au démarrage seront travaillées au besoin.

Le patient et l'orthophoniste se filment et vérifient les tours et les temps de parole en visionnant la vidéo. Le patient peut attendre de compter jusqu'à 2 avant de parler. Le patient et l'orthophoniste racontent une histoire ou un fait divers ensemble en se passant un microphone qui à chaque fois est reposé sur la table, devant eux.

4. L'échange

La prise en compte de l'interlocuteur dans l'échange est travaillée avec des exercices comme la lecture d'image. L'orthophoniste décrit une image au patient en parlant sans trop regarder l'image, le patient se fait sa propre image. L'orthophoniste montre alors la véritable image au patient qui décrit les différences et ressemblances entre l'image qu'il a constitué dans sa

tête et la véritable image. Des discussions suivent sur le fait qu'il est difficile d'avoir les mêmes images en tête.

5. L'écoute

Le patient qui bredouille lâche souvent sa parole sans attendre un retour de l'interlocuteur, sans vérifier l'écoute de l'autre. Il parle seul, sans avoir l'autre dans la tête. Vérifier que l'interlocuteur utilise des signes adaptés montrant qu'il écoute, par exemple hochements de tête ou approbation sonore, fait partie de la thérapie au même titre que décrypter l'émotion ressentie par l'interlocuteur. Ce décryptage permet au locuteur d'adapter la longueur de ses énoncés en fonction de l'intérêt de l'interlocuteur.

6. Le récit

Le patient parfois fait beaucoup d'apartés plus rapides et inintelligibles. Il embrouille son récit en multipliant les détails. Le rôle de l'orthophoniste est de l'entraîner aux récits oraux dont la règle est d'aller droit au but afin d'estimer l'intérêt de l'interlocuteur. Si c'est le cas, le récit peut être détaillé. Dans le cadre du bredouillement syntaxique, l'orthophoniste vérifie s'il y a une différence dans l'organisation des idées puis dans l'organisation syntaxique à l'écrit et à l'oral. Elle identifie également si, lorsque le patient ralentit et se concentre, le récit est mieux structuré ce qui est met en évidence le bredouillement syntaxique.

Le bredouillement provoque facilement l'agacement de la part de l'interlocuteur qui ne se sent pas pris en compte. De son côté, la personne qui bredouille se sent rejetée et mal comprise. Le résultat de la rééducation est basé sur un impact positif sur la parole mais aussi sur les cognitions et émotions.

La personne qui bredouille pense qu'elle n'est pas capable de parler dans certaines situations ou avec certaines personnes. Ces pensées font baisser l'estime de soi des patients qui se vivent comme de mauvais locuteur. Le stress engendré par cette pensée entraîne une accélération du rythme de parole qui va rendre le patient inintelligible. Le fait de diriger ses pensées d'une manière constructive sur l'action à réaliser, différentes pour chacun, fait rentrer le patient dans un cercle vertueux. Cette action peut être : prendre son temps avant une prise de parole, se dire une phrase lentement dans sa tête, utiliser une vitesse de parole moindre etc.

6. Le transfert

En début de traitement, le patient remplit une liste de situations difficiles afin de planifier l'exposition aux situations de manière graduelle dès que les techniques d'auto évaluation et de réduction de la vitesse seront apprises.

Parallèlement, le transfert se fait dès le début du traitement à l'aide de contrats : par exemple, « à chaque fois que vous allez dire votre nom cette semaine, il faudra ralentir. »

A chaque début de séance, un point est fait sur l'activité transférée et en fonction de la réussite ou non de cette activité une autre activité est prévue et verbalisée de nouveau en fin de séance. Chaque séance valorise les progrès tant sur le plan de l'intelligibilité que sur le plan de l'ouverture par rapport au trouble. Le patient passe d'une démarche d'évitement à une démarche d'essais constructifs. Par exemple, il essaie de demander son pain à la boulangerie en appliquant les techniques apprises.

Tous les soirs, les patients réfléchissent à deux situations réussies et une à améliorer ce qui facilite le transfert. Ils estiment leur parole de la journée et la notent sur un graphe. Les améliorations et les régressions font l'objet de discussions.

7. Les groupes

Le groupe permet le transfert d'une fluence contrôlée dans des situations de communication variées. Le patient s'entraîne à utiliser différentes vitesses dans un milieu sécurisé et vérifie aussi l'impact sur l'interlocuteur. L'orthophoniste se rend compte des difficultés rencontrées par le patient dans des situations plus écologiques.

L'intensivité des séances est importante en début de traitement de manière à obtenir des résultats rapidement afin de soutenir la motivation du patient. L'orthophoniste voit le patient dans sa globalité. Chaque bredouillement a des composantes différentes. Chaque approche est individualisée. Il n'y a pas un bredouillement mais des bredouillements.

Le traitement augmente l'intelligibilité, la compréhension et la qualité de vie.

Un tiers des enfants a ou rencontre un jour un problème de fluence. Ce trouble gagnerait à être mieux connu et mieux soigné.

L'Association Parole Bégaiement a édité un dépliant sur ce trouble : www.begaiement.org

Le site de l'International Cluttering Association donne des informations en anglais

Des formations sont organisées régulièrement www.begaiement-orthophonie.fr

La prise en soin du bredouillement chez un patient adulte : étude de cas

La durée de la rééducation du bredouillement est très variable selon les patients car elle dépend de l'implication dans la prise en soin, de la motivation au quotidien et du niveau de compréhension du patient.

Présentation

Mr T. 63 ans, marié, 2 enfants, gestion de l'entreprise familiale.

Il est très handicapé par sa parole avec sa famille, ses amis et ses relations professionnelles. Il est davantage gêné avec les clients et au téléphone. Il est très fréquent que ses interlocuteurs ne le comprennent pas et le fassent répéter. Il est alors souvent inintelligible.

Sa parole est rapide et monotone. Sa pensée est confuse. Il ne regarde pas son interlocuteur lorsqu'il s'adresse à lui (il baisse la tête). En effet, il est difficile à suivre.

Objectifs de rééducation :

- réduire le débit de parole
- prendre conscience de sa vitesse de parole
- travailler les habiletés de communication notamment le regard, les pauses et l'intonation
- améliorer l'organisation de sa pensée
- résoudre les situations problématiques

Déroulement des séances

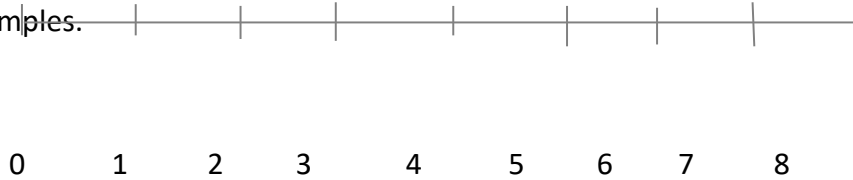
Je vois Mr. T. une fois par semaine.

1ère séance

Je lui explique le bilan, le diagnostic de bredouillement et je réponds à ses questions sur cette pathologie. Ensuite, je lui décris le déroulement et le but de nos séances. Il aura des tâches quotidiennes à effectuer pour que la rééducation fonctionne. On commence à créer

une alliance thérapeutique. L'un et l'autre doivent se faire confiance pour avancer. Les séances se construisent sur les échanges.

Je lui explique l'échelle de vitesse graduée de 0 à 8 (8 étant très lent). Je lui fais des exemples.



Sa parole est à 0. On va chercher la vitesse qui lui convient, à laquelle il ne bredouille pas.

Il s'entraîne sur un texte en lecture à 8 (après une démonstration de ma part). Sa lecture est trop hâchée (robotisée), il ne parvient pas à ralentir en liant les sons. Alors, nous lisons ensemble ce texte à 8 (voix dans la voix). Je lui transmets l'enregistrement audio de cette lecture pour qu'il puisse avoir un élément de comparaison pour ses exercices quotidiens.

En effet, je lui demande de s'entraîner chez lui en lecture à 8 tous les jours (si possible le matin pour « conditionner » la parole). Je lui conseille de faire des enregistrements audios ou vidéos de ses entraînements pour qu'il puisse comparer avec l'enregistrement que nous venons de réaliser ensemble et ainsi s'auto-évaluer.

2ème séance

Il s'est entraîné 4 fois chez lui cette semaine mais ne s'est pas enregistré (il me dit ne pas être à l'aise avec cela). Je reviens sur l'importance de le faire quotidiennement.

Il a d'ores et déjà commencé à s'entraîner à ralentir sa vitesse en discussion avec des personnes de son entourage pour essayer. Cela l'a beaucoup motivé. En effet, il a fait l'expérience que la parole ralentie gommait le bredouillement.

Nous discutons des critères sur lesquels nous pouvons juger de la présence ou non du trouble et de l'efficacité de la parole ralentie. Nous concluons sur ces critères :

- pas de demande de répétition
- pas de reproche sur sa parole ou son articulation

Son essai de ralentissement de la parole avec son entourage a fonctionné. Cependant, si celui-ci n'avait pas été efficace, son estime de soi aurait pu baisser et le découragement prendre place. C'est pourquoi, il est nécessaire de bien respecter les étapes pour apprendre à gérer son trouble et ne pas vouloir aller trop vite. Je l'ai donc renforcé positivement (il a eu

le courage d'essayer, il est motivé). Cependant, je lui ai demandé de bien respecter les entraînements que nous déterminons ensemble en séance. On commence par la lecture, les activités cadrées puis non cadrées (discussion spontanée) en séance puis les discussions à l'extérieur du cabinet (personnes de la famille puis amis).

A cette séance, il s'entraîne à lire un album d'enfant. Je lui demande de lire comme s'il racontait à un enfant. Ainsi, ceci lui permet de s'améliorer sur l'intonation mais aussi de lier davantage les sons entre eux.

Je lui demande de poursuivre l'entraînement de lecture tous les jours à 8.

3ème séance

Il s'est encore amélioré sur la parole ralentie et a bien fait ses entraînements. De plus, il me ramène un enregistrement audio de son entraînement.

Nous nous entraînons en séance sur une lecture de texte en variant les vitesses de parole puis sur des questions/réponses (activités cadrées en séance).

Nous discutons de la place et de l'importance des pauses dans un discours.

Je ne vais revoir Mr T. que deux semaines plus tard.

Comme il réussit bien tous les exercices en séance et chez lui et qu'il a bien compris le principe de la parole ralentie, nous passons à l'entraînement sur des discussions. 4 est une vitesse qui semble lui convenir. Il doit alors s'entraîner à parler à 4 avec sa famille la première semaine puis avec des amis proches la deuxième semaine sur des temps précis pour conserver un « cadre »(comme le repas). Pour penser à parler à 4, je lui conseille de mettre une croix sur sa main ou de trouver un autre signe discret et efficace. Il pourrait aussi s'enregistrer lors de ses exercices pour s'auto-évaluer. Il doit continuer le texte à 8 les matins.

4ème séance (2 semaines se sont écoulées)

Il a désormais pris conscience qu'il parlait trop vite et que c'était la cause de ses difficultés de communication avec autrui.

Il ne s'est entraîné qu'avec sa famille. Il trouve qu'il est bien parvenu à ralentir et qu'il parle moins vite avec elle. Il doit moins répéter. Il me dit ne pas se sentir encore capable de se mettre à 4 en continu.

Nous discutons de la raison pour laquelle il n'a pas parlé à 4 avec des amis. En effet, il est primordial de ne pas rester sur un ressenti néfaste, une gêne et d'augmenter le

renforcement positif si c'est le cas. Cependant, pour Mr T., la raison est assez triviale, il n'a pas rencontré ses amis cette semaine.

Nous nous entraînons sur une description d'image (un décrit et l'autre dessine chacun son tour) à différentes vitesses. Cet exercice lui permet de travailler l'échelle de vitesse mais aussi son organisation. De plus, je lui demande de se mettre à 4 en spontané pendant la séance.

Il doit s'entraîner à 4 avec ses amis et continuer le texte à 8.

5ème séance

Il s'est entraîné avec ses amis et cela a fonctionné. Je l'encourage à continuer sur des temps plus longs mais toujours sur une activité précise pour conserver le cadre (une partie de bowling). Cela le rassure. Je lui redemande de parler à 4 en séance (comme à toutes les séances désormais).

Nous faisons un enregistrement de sa parole pour comparer avec l'enregistrement initial (je lui demande de se présenter, comme lors du bilan). Je le laisse s'exprimer sur sa parole. Cet exercice le renforce énormément car il s'exprime plus clairement. Il est moins confus dans son discours.

6ème séance

Il me dit être plus à l'aise lorsqu'il parle moins vite. Il m'a ramené un enregistrement audio d'une courte discussion avec sa fille. Il se sent plus à l'aise pour écouter et auto-évaluer sa parole.

Nous nous entraînons à raconter une histoire d'après des images à 4. Cette vitesse est vraiment la vitesse avec laquelle il est à l'aise et souhaite la conserver. Cependant, l'exercice lui demande un effort cognitif intense car il doit imaginer/créer (organiser sa pensée) et en même temps penser à la vitesse (double contrainte). Son regard est très fuyant lors de cet exercice. Il n'en a pas conscience. Nous discutons de l'importance de regarder son interlocuteur pour le bon déroulement de la discussion et de la communication.

Il continue son entraînement avec toutes les personnes à qui il doit parler à 4 et continuer le texte à 8. De plus, il doit penser à sa vitesse au téléphone également.

7ème séance

Les personnes le font moins répéter de manière générale. Il prend de plus en plus confiance en lui et est moins gêné de sa parole. Il n'a pas eu d'angoisse à téléphoner.

Nous continuons l'exercice de la séance précédente (en variant le nombre de cartes à insérer dans l'histoire). Il devra me regarder en me parlant.

Il poursuit son entraînement à 4 mais sur toute la journée. Il doit également penser à son regard. Il ne ressent plus le besoin de poursuivre le texte à 8 (Il pourra y revenir si nécessaire).

8ème séance

Nous nous entraînons à créer des phrases avec des mots piochés. Il y parvient mieux que la création d'histoires.

Je lui demande de lire un texte à 4 avec intonation (pour rendre son expression moins monotone).

Il poursuit son entraînement à 4 avec intonation et regard.

9ème séance

Nous faisons des exercices débat/argumentation. Il parvient à rester à 4 pendant l'exercice. Il a peu d'arguments mais parvient à rester organisé. Son regard est moins fuyant pendant ce débat. Les pauses trouvent leur place car le débit est moins rapide.

Il poursuit son entraînement à 4 avec intonation et regard.

10ème séance

Sa confiance continue d'augmenter.

Nous continuons les exercices de la semaine précédente.

Je ne vais pas pouvoir le voir pendant trois semaines. Il doit poursuivre son entraînement à 4 avec intonation et regard.

11ème séance

Il est à l'aise avec sa parole. Les personnes le comprennent bien et mieux qu'avant car elles le font beaucoup moins répéter. Il est plus à l'aise au téléphone.

Nous refaisons un enregistrement : il est très heureux et fier de lui. En effet, son expression est claire, sa pensée moins embrouillée. L'intonation et les pauses sont davantage présents.

Je remarque qu'il baisse rarement la tête. S'il s'aperçoit qu'il parle avec un débit trop rapide, il s'arrête et se cale sur un autre débit plus adapté.

Je lui propose de le rappeler dans 2 semaines puis dans un mois puis dans 3 mois pour analyser sa progression et répondre à ses questions si besoin.

Conclusion

Les objectifs sont donc atteints en 11 séances. Cette prise en soin a été rapide car Mr T. a vite compris le processus de la parole étirée et était très motivé. Il est désormais capable de reconnaître et gérer son trouble.

Ce travail lui a permis de manière directe (par le biais des exercices/entraînements) et/ou indirecte (en travaillant la confiance en lui et la parole ralentie) de prendre conscience du trouble, d'avoir une parole moins monotone et moins rapide, d'améliorer ses compétences communicationnelles.

Bibliographie :

David A.Daly, *The source for stuttering and cluttering*, linguistics, 1996.

Bloodstein O. & Ratner N.B., *A handbook on stuttering*, 6th ed, Clifton Park (NJ): Thompson Delmar Learning. 2008.

Desportes, E. Meyer, M. ,Validation d'un test prédictif et d'une batterie d'évaluation du bredouillement, mémoire, 2014

Myers, F. (1996). Annotations of research and clinical perspectives on cluttering since 1964.

Journal of Fluency Disorders, 21, 187-200.

Myers, F. (1996). Cluttering: A matter of perspective. *Journal of Fluency Disorders*, 21, 175-186.

Myers, F., & St. Louis, K. (1996). Cluttering: A Clinical Perspective, Leicester, England: Far Communications, (pp. 85-105). (Original work published 1992). Also published by Wurr Publications and distributed by Singular Publishing Group, Inc. in 1996.

Myers, F., & St. Louis, K. (1996). Two youths who clutter, but is that the only similarity? *Journal of Fluency Disorders*, 21, 297-304.

Percevault, N. Le bredouillement : enquête auprès des orthophonistes en vue de l'élaboration d'un site internet. Mémoire orthophonie, 2015.

Sebatta Marie Mary, *Le bredouillement*, mémoire DU 2011.

Van Zaalen, Y. Cluttering Identified. *Differential diagnostics between cluttering, stuttering and learning disability*. PhD thesis, Utrecht, Zuidam, 2009.

Ward, D and Scaler Scot, K, Cluttering, psychology press, 2011.

