

Année 2020-2021

Mémoire de DU de Psychologie Positive

Accompagnement de la personne qui bégaie avec l'approche centrée solution. Étude de son impact favorable sur l'auto-efficacité, la motivation et l'espoir de la personne accompagnée et sur le taux d'attrition.

Effectué sous la direction de Jean Paul Durand

Par Caroline Haffreingue

Promotion Fabien Fenouillet 

Grenoble, le 6 juin 2021

« La persévérance n'est pas un long parcours ; il s'agit plutôt d'une succession de plusieurs petits sentiers, un après l'autre. » Walter Elliott

Remerciements

Merci à Jean Paul Durand, mon maître de mémoire, pour son écoute bienveillante, son aide précieuse et son partage passionné de l'Approche centrée Solution.

Merci à Rebecca Shankland d'avoir cru en moi et de m'avoir intégrée dans ce DU de psychologie positive : un cadeau que je me suis fait !

Merci à Anne Marie Simon Une grande Dame du Bégaiement fortement engagée dans cette cause et qui a publié plusieurs ouvrages sur ce sujet. Je suis tombée dans « la marmite du bégaiement » grâce à elle, il y a plus de 20 ans et son éclairage sur l'accompagnement des personnes qui bégaiant n'a cessé de m'inspirer.

Merci à Richard Parent, à Ali Berquez, à Barry Duncan, Monsieur Agarmit, Madame Paret, Stéphanie Haffreingue pour leur aide précieuse.

A l'ensemble des intervenants dans le D.U.P.P. et à mes collègues psychopotes de formation pour ces moments partagés.

Je tiens également à remercier les personnes qui bégaiant qui ont accepté de participer à mon étude ainsi que les orthophonistes qui m'ont mise en relation avec certains participants de mon étude.

Et enfin, merci à ma grande famille, mes enfants : Jules (un merci particulier pour tes compétences informatiques !), Lucien, Sybil et Gaston qui ont fait preuve d'adaptation et d'autonomie pendant cette année de mémoire, fiers de voir leur maman à nouveau étudiante ! Merci à mon homme pour son regard admiratif et son amour...

Merci à ma maman de m'avoir donné cette joie de vivre et cet optimisme en la vie !

Une pensée particulière pour Pito, Arthur et Jo....

Résumé

La prise en charge du bégaiement exige de la part des thérapeutes et en particulier des orthophonistes de multiples compétences cognitives, émotionnelles et comportementales au service de la relation d'aide. D'une part, les professionnels suivent un enseignement sur le bégaiement durant les cinq années d'études et ont parfois peur de s'engager dans ces accompagnements pour lesquels ils ne se sentent pas suffisamment formés. D'autre part, les patients s'investissent dans un processus long pour lequel ils doivent mobiliser leur engagement et leur motivation afin d'améliorer leur trouble. Il existe aujourd'hui une multiplicité des possibilités thérapeutiques proposées dans le traitement du bégaiement. Aucune thérapeutique clé ne peut être retenue à ce jour : la prise en charge s'effectue par une ou plusieurs thérapies (orientations thérapeutiques) qui peuvent avoir lieu à différents moments du parcours de la personne qui bégaie. La prise en charge actuelle la plus couramment utilisée du bégaiement est une approche centrée sur la résolution des problèmes du patient.

Cette étude s'inscrit dans une double intention, d'une part explorer une approche innovante : l'approche centrée solution pour les professionnels dans leur pratique et contribuer d'autre part à l'amélioration de la fluence des personnes qui bégaient ainsi que leur bien-être général dans tous les comportements de communication.

Dans ce mémoire article, l'objectif est d'utiliser l'approche centrée solution (ACS) dans l'accompagnement des personnes qui bégaient et d'évaluer son impact favorable sur l'auto-efficacité, la motivation et l'espoir de celles-ci lors de la thérapie. L'impact sur le taux d'attrition sera aussi étudié. Les résultats ont confirmé ces hypothèses et ont pu montrer une évolution très favorable de l'auto-efficacité, et de l'espoir ainsi qu'un impact favorable sur la motivation des patients à suivre le dispositif lors de cet accompagnement utilisant l'Approche centrée solution. Le taux d'attrition a été nul.

La poursuite de cette recherche serait bénéfique avec un échantillon plus important et sur un temps plus long pour pouvoir évaluer les résultats à plus grande échelle.

Table des matières

I.	Introduction	6
II.	Contexte.....	7
A.	Le bégaiement.....	7
B.	Qualité de vie de la personne qui bégaie.....	8
C.	Thérapies du bégaiement.....	8
1.	En France.....	8
2.	Dans les pays anglo-saxons	11
3.	Présentation d'études.....	11
4.	Thérapies du bégaiement selon des personnes qui bégaient.....	12
III.	Cadre théorique	14
A.	Approche centrée solution : ACS.....	14
1.	Historique	14
2.	Les principes.....	14
B.	Auto-efficacité (sentiment d'efficacité personnelle : SEP).....	15
1.	Auto-efficacité en psychologie positive	15
2.	Auto-efficacité dans l'accompagnement	16
3.	Auto-efficacité en ACS.....	16
C.	Motivation.....	2
1.	Motivation en psychologie positive.....	2
2.	Motivation dans l'accompagnement.....	3
3.	Motivation en ACS.....	5
D.	Espoir	6
1.	Espoir en psychologie positive	6
2.	Espoir dans l'accompagnement	7
3.	Espoir en ACS	8
a)	Dans la relation thérapeutique.....	8
b)	Avant que le patient n'arrive au premier rendez-vous	8
c)	Dans l'attitude du praticien	9
d)	Dans le processus ACS.....	9
E.	Taux d'attrition – Feed-Back	10
1.	Feed-back dans l'accompagnement.....	11
2.	Feed-back en ACS	12
IV.	Problématique, diagnostic et hypothèses.....	14
V.	Méthode.....	17
A.	Participants.....	17
B.	Instruments de mesure.....	17
C.	Description de l'intervention.....	20
1.	La première séance	20
a)	Échelle ORS	20
b)	« Le problem free talk »	21
(1)	Objectif visé.....	21
(2)	Processus utilisé pour cela	21
(3)	Type de questions utilisées	21

c)	Affiliation, meilleurs espoirs et Projet commun	22
(1)	Objectif visé	22
(2)	Processus utilisé pour cela	22
(3)	Type de questions utilisées	22
d)	Définir le futur préféré à l'aide de la question miracle (ou la question du lendemain)....	22
(1)	Objectif visé	22
(2)	Processus utilisé pour cela	22
(3)	Type de questions utilisées	22
e)	Identifier les exceptions et les exemples	23
(1)	Objectif visé	23
(2)	Processus utilisé pour cela	23
(3)	Type de questions utilisées	23
f)	Échelle de progrès par rapport au futur préféré.....	24
(1)	Objectif visé	24
(2)	Processus utilisé pour cela	24
(3)	Type de questions utilisées	24
g)	Fin de séance : Synthèse appréciative	24
(1)	Objectif visé	24
(2)	Processus utilisé pour cela	25
(3)	Type de questions utilisées	25
h)	Échelle SRS.....	25
2.	Les autres séances.....	25
a)	Échelle ORS	25
b)	Contenu des autres séances	26
(1)	Objectif visé	26
(2)	Processus utilisé pour cela	26
(3)	Type de questions utilisées	26
c)	Échelle SRS.....	26
VI.	Résultats	27
A.	Échelle d'auto-efficacité	27
B.	Échelle d'espoir.....	27
C.	Échelles de Motivation situationnelle	28
1.	La motivation intrinsèque	28
2.	La régulation identifiée.....	28
3.	La régulation externe	29
4.	L'amotivation	29
D.	Échelle ORS – Échelle SRS.....	30
E.	Questionnaire qualitatif.....	30
VII.	Discussion.....	33
A.	L'auto efficacité	33
B.	La motivation par rapport au dispositif proposé	34
C.	L'espoir	2
D.	Le taux d'attrition – le feed-back	3
E.	Critiques	3
VIII.	Conclusion.....	5
IX.	Bibliographie et annexe.....	6

I. Introduction

Le bégaiement touche 1% de la population, il survient généralement entre 2 et 4 ans, dans une proportion de 1 garçon pour 3 filles. Les personnes adultes qui bégaiant peuvent suivre des rééducations à l'âge adulte, elles ont généralement fait un travail thérapeutique dans l'enfance et engagé plusieurs tentatives thérapeutiques.

La prise en charge à l'heure actuelle par les orthophonistes est multimodale et holistique car le bégaiement est un trouble de la communication. Il touche la personne dans son élocution mais aussi sur tous les aspects de sa communication entraînant un ressenti souvent douloureux et une vie affective et professionnelle difficiles. Le travail thérapeutique s'appuie sur une évaluation de tous les aspects problématiques que rencontre la personne qui bégaiant (difficultés orales comme les répétitions, blocages ou autres ainsi que des émotions négatives : peur du jugement, honte, évitement). La rééducation dure en moyenne deux à trois ans ce qui demande un vrai réel investissement pour le patient et le thérapeute. Entrant dans le champ de la psychologie positive, l'approche centrée solution apporte un changement de paradigme puisqu'il s'agit de partir des ressources du patient et de connecter la personne à ses forces, ses réussites, ses solutions (et non pas de faire l'inventaire de ses troubles). L'orthophoniste devient un « collaborateur, accompagnant » et non plus un expert en résolution de problème.

Ces éléments donnés soulèvent plusieurs questions auxquelles je me suis intéressée pour ce mémoire : l'approche centrée solution est une thérapie qui repose sur des données probantes ayant montré son efficacité auprès de patients souffrant notamment de dépression ou de troubles anxieux.

Il apparaît intéressant de mettre en œuvre l'approche centrée solution auprès d'une population d'adultes qui bégaiant et vérifier si on peut observer des changements dans l'engagement du patient, sa motivation et son espoir.

La première partie de ce travail correspond à une présentation du bégaiement pour expliquer le contexte. Puis nous explorerons dans la partie théorique les différentes composantes étudiées comme : l'auto-efficacité, la motivation, l'espoir et le taux d'attrition au regard des processus utilisés en approche centrée solution.

Enfin la méthodologie utilisée pour ce travail précèdera l'exploration des résultats recueillis qui ouvriront la partie discussion et la conclusion de l'étude.

II. Contexte

A. Le bégaiement

Selon le DSM V*, le bégaiement est une "perturbation de la fluence normale et du rythme de la parole (inappropriée à l'âge du sujet) caractérisée par la survenue fréquente d'une ou plusieurs des manifestations suivantes : répétitions de phonème ou de syllabe, prolongations de sons, mots interrompus, blocages audibles ou silencieux, circonlocutions, mots produits avec un excès de tension physique et répétitions de mots monosyllabiques dans leur entièreté. Cette perturbation de la fluence de la parole cause une anxiété autour de la prise de parole, elle interfère avec la communication sociale ou la réussite scolaire et professionnelle.

S'il existe un déficit moteur ou un déficit sensoriel d'élocution, les difficultés d'élocution dépassent celles habituellement associées à ces conditions" (American Psychiatric Association, 2013).

Cette définition a l'avantage d'évoquer les conséquences des troubles sans se limiter à une description des signes du bégaiement. Conséquence ou cause, les troubles de la communication seront un aspect essentiel de la thérapie.

« Trop souvent torrents impétueux cascading de rocs en rochers, de chutes en cascades » (Monfrais Pfauwadel) », puisse la parole de la personne bègue devenir une voie navigable transportant des bateaux pilotés à bon port, heureux de livrer leurs précieuses cargaisons » (Françoise Estienne), (Estienne, Van Hout, 2002). Cette définition du bégaiement permet d'éclairer le rôle de la thérapie : les améliorations de la fluence vont de pair avec l'amélioration de la communication (et inversement). Il en est de même pour Vallée (2000), qui définit le bégaiement comme un trouble de la relation : « nous considérons le bégaiement avant tout, comme un problème de la relation, et secondairement d'expression et de communication » Il ajoute que pour qu'un individu puisse exister véritablement dans la relation, celle-ci doit « fonctionner dans la reconnaissance de ce que je suis [il est], dans la reconnaissance de ma [sa] différence, dans la reconnaissance de mon [son] émotion ». De plus, seule cette reconnaissance peut changer « l'expression de mes ressentis », et la relation devient alors le « lieu possible de mon accomplissement ». Pour lui, l'objectif de la prise en charge est de « travailler en premier à renforcer la possibilité de relation avec le sujet, et la relation étant établie, d'élargir au maximum le champ d'expression émotionnelle, pour atteindre, en fin de cheminement, une facilitation, une verbalisation ».

Selon l'APB (association Parole bégaiement), le bégaiement se définit comme un trouble du rythme de la parole qui altère la communication, 1% de la population présente un bégaiement, soit plus de 600000 personnes qui bégaiement (PQB)* en France. L'âge d'apparition du bégaiement se situe

généralement entre 2 et 6 ans avec une prévalence entre 2 et 5 ans. Gayraud-Andel et Poulat (2011) le qualifient de bégaiement développemental, pouvant persister ou non.

Il existe (Simon, 1999) avant 4 ans autant de filles que de garçons qui commencent à bégayer. Par la suite, on note une proportion de trois garçons qui bégaiement pour une fille. Avec ce trouble, des symptômes associés peuvent exister tels que le bredouillement, un déficit attentionnel ou encore des difficultés de coordination motrice etc.

*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (en français, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux). Le DSM-IV est un système officiel de classification des signes et symptômes des maladies mentales de l'Association américaine de psychiatrie (dans sa quatrième édition), dont le but est d'offrir un outil diagnostique fiable à n'importe quel psychiatre ou psychologue clinicien, quelles que soient ses références théoriques.

*PQB : personnes qui bégaiement pour éviter la dénomination de « personnes bègues » ou « bègues »

B. Qualité de vie de la personne qui bégaiement

Il est démontré, dans les études, que le bégaiement a en général un impact négatif sur la qualité de vie globale d'une personne. Les répercussions sur les aspects intimes, privés et personnels des personnes qui bégaiement sont génératrices d'anxiété et d'humeur dépressive (Piérart, 2018). Menzies et ses collègues ont examiné les effets sur l'anxiété et le bégaiement d'un ensemble de TCC (Menzies et al., 2008). Plus précisément, le bégaiement peut entraîner des réactions émotionnelles et cognitives négatives lors de la communication dans les situations de la vie quotidienne (Craig, Blumgart, & Tran, 2009), tout en constituant un obstacle important dans divers domaines de la vie physique, psychologique, sociale et professionnelle (Yaruss & Quesal, 2004 ; Yaruss, 2010).

Hélène Burgot, dans son mémoire sur le rôle de l'orthophoniste dans la thérapie du bégaiement valide aussi ces résultats.

C. Thérapies du bégaiement

1. En France

La prise en charge actuelle du bégaiement repose sur l'amélioration de la parole mais aussi sur une prise de conscience et des changements des attitudes de la personne face à son trouble. Selon B. Pierart (2018), il existe une offre abondante de techniques rééducatives, la prise en charge s'effectue par une ou plusieurs thérapies (on parle d'orientations thérapeutiques). La validation scientifique de nombreuses méthodes reste d'ailleurs à faire. Les thérapies proposées ont à prendre en compte l'aspect multidimensionnel du bégaiement à savoir l'aspect moteur et comportemental, les pensées et les émotions. On parle alors d'une prise en charge holistique du bégaiement.

Monfrais-Pfauwadel (2000) énonce : « La rééducation des adultes bègues sera **multidimensionnelle** et **adaptée** et **réadaptable**. Il n'y a pas de recettes toutes prêtes, heureusement, car c'est une des

rééducations où l'on peut et l'on doit être très créatif. » Elle déclare aussi (Approche plurielle, Rey-Lacoste, 2001) « Je pense qu'un bon thérapeute du bégaiement c'est quelqu'un qui a une palette de techniques, de thérapies et qui va les utiliser à la demande avec son patient. ».

Au cours d'une enquête réalisée auprès d'orthophonistes sur un réseau social professionnel, les questionnant sur leur pratique professionnelle auprès de PQB, sur 43 personnes qui ont répondu : 40 ont dit qu'elles utilisaient la représentation de l'iceberg de Sheehan* comme point de départ de leur accompagnement (Annexe 1). Trois d'entre elles ont rajouté en commentaire qu'elles complétaient avec d'autres questionnaires comme la liste de situations difficiles, la liste de situations du Camperdown*, la matrice de la thérapie ACT, la liste des situations d'évitements) ; Deux d'entre elles ne l'utilisaient pas avec les adultes car elles le trouvaient trop infantilisant.

Concernant la partie émergée de l'iceberg, il correspond au « dixième le plus manifeste des constituants du syndrome du bégaiement » ayant trait aux signes physiques ; la partie immergée constitue « le cœur de glaciation, fait des croyances, de blessures secrètes, des rancœurs et des acrimonies que le sujet bègue s'est constituées au fil des années » (Monfrais-Pfauwadel, 2000). Le travail portera à la fois sur la partie émergée de l'iceberg par l'intermédiaire de techniques de fluence, d'exercices de souffle, de voix et de relaxation ainsi que sur la partie immergée c'est à dire tous les aspects non visibles du bégaiement : ce que ressent la personne qui bégaie face à ses difficultés : les pensées, les croyances et les comportements inadaptes comme les évitements de situations par exemple. Les axes de thérapie comprennent les aspects physiques qui amènent à acquérir à une gestion de la fluidité de la parole avec des exercices de ralentissement du débit, de fluence, de respiration de voix, un travail sur les compétences de communication sociale ainsi que les aspects émotionnels et cognitifs tels que la gestion du stress et l'estime de soi. (Kelman&Nicholas, 2008)

*Le Camperdown Program : Il s'agit d'un traitement comportemental pour les personnes qui bégaient à partir de 12 ans. Il repose en grande partie sur l'auto-évaluation. Ce programme a été conçu par Sue O'Brian, Brenda Carey, Mark Onslow, Ann Packman et Angela Cream.

*Joseph G. Sheehan né en 1918 était une personne qui présentait un bégaiement sévère depuis son enfance. Diplômé en psychologie, il est devenu spécialiste dans le domaine du bégaiement. A partir de 1949 et jusqu'à sa mort en 1983, il a dirigé la «Clinique de psychologie de la parole » à l'Université de Californie.

Cet accompagnement portera aussi sur le travail des émotions (le plus souvent des ressentis négatifs) et le travail sur les habiletés de communication sous forme d'entraînement aux jeux de rôle par exemple. Ainsi Le patient aura accès à une meilleure connaissance de son bégaiement et de ses réactions face à ses difficultés. La thérapie axera le travail sur la communication de la personne qui bégaie et ce dans toutes les situations qu'elle pourra rencontrer et qui lui posent problème. Dans cette optique le travail de groupe est indispensable (Simon, 2016).

Il est nécessaire que les patients changent le regard qu'ils portent sur leur bégaiement par une meilleure connaissance et une meilleure conscience d'eux-mêmes. Des échelles durant les séances, lui

permettront de repérer leurs points forts comme leurs difficultés et avec le thérapeute mettre dessus des mots qui peuvent le rassurer.

Il existe différents courants de thérapie : la thérapie d'acceptation de son bégaiement centrée sur la réduction des évitements, des thérapies cognitives qui permettent de mieux gérer ses émotions et ses pensées dysfonctionnelles. C'est l'objectif de ces thérapies d'aménagement du bégaiement, appelées parfois aussi « traitements anxiolytiques », qui se focalisent sur les symptômes du bégaiement en lien avec la vie sociale des PQB et les défis relationnels qu'elle comporte. Ces thérapies requièrent un changement d'attitude de la part de la personne qui bégaie (Piérart, 2018). La thérapie aidera la personne qui bégaie à développer une acceptation du bégaiement, à réduire ses craintes, à apprendre à bégayer avec un effort moindre (Blomgren, 2012) ; par exemple, la technique du bégaiement inverse à reproduire ses tensions à l'identique et à pouvoir les refaire avec 75%, 50% puis 25% de tensions décroissantes.

Il existe aussi selon B. Piérart des approches intégratives pour traiter le bégaiement, celles-ci sont des approches multidimensionnelles qui associent diverses techniques de reconstruction de la parole tout en aidant à la mise en place par le patient d'attitudes qui aménagent son bégaiement. Elles agissent sur les trois facettes du bégaiement : la parole et le langage, les représentations cognitives ainsi que les connotations affectives. Nous pouvons citer l'approche de Françoise Estienne (2011, 2015). Henny Biljeveld, neurolinguiste (Estienne&Biljeveld, 2011) parle d'une interaction constante entre deux pôles : les aspects émotionnels influencent le fonctionnement rationnel et les aspects rationnels influencent le fonctionnement émotionnel.

Le traitement peut être individuel ou en groupe ou les deux, ce qui est souvent très bénéfique pour le patient. Il existe aussi des stages intensifs proposés par des orthophonistes.

Des études antérieures sur le traitement ont documenté l'utilisation de thérapies cognitivo-comportementales (TCC) pour cibler l'amélioration des attitudes optimistes et la diminution des évaluations négatives (Andrews & Craig, 1982 ; Andrews & Feyer, 1985 ; Craig & Andrews, 1985 ; Howie et al., 1981 ; Maxwell, 1982). Contrairement aux programmes de TCC, l'ACT ne se concentre pas sur le contrôle ou la régulation des pensées mais propose une approche différente de la gestion de l'évitement expérientiel et de l'instabilité émotionnelle. L'ACT ne vise pas à éradiquer les pensées et les sentiments négatifs, mais plutôt à réduire la frustration par l'acceptation et la valorisation de la vie (Beilby, Byrnes & Yaruss, 2012).

2. Dans les pays anglo-saxons

Selon l'APB (Association Parole Bégaiement) au niveau international, les traitements les plus répandus actuellement se base sur la restructuration de la parole : il s'agit d'apprendre une nouvelle façon de parler pour faire diminuer ou disparaître le bégaiement tout en gardant une parole la plus naturelle possible, par exemple le Camperdown Program.

Plusieurs programmes thérapeutiques ne se limitent qu'à concevoir une stratégie de contrôle selon laquelle seuls les éléments du mécanisme de la parole seraient travaillés. Progressivement la prise en charge du bégaiement devient plus holistique.

Il existe d'autres approches basées sur le conseil qui sont souvent utilisées dans la thérapie du bégaiement pour répondre aux besoins cognitifs et affectifs du client par exemple thérapie cognitivo-comportementale (Kelman et Wheeler, 2015 ; Menzies et al., 2008, 2009), la thérapie d'acceptation et d'engagement (Beilby et al, 2012 ; Freud et al., 2019 ; Harley, 2015), la thérapie de réduction de l'évitement pour le bégaiement (ARTS ; Sisskin, 2018) et la pleine conscience (Boyle, 2011 ; Emge & Pellowski, 2019 ; Harley, 2018). L'approche centrée solution utilise une approche différente où la personne qui bégaie devient « l'expert ».

3. Présentation d'études

Nous allons présenter des études sur l'utilisation de l'approche centrée solution dans la thérapie du bégaiement. Dans une recherche (Landau, 2011 non publiée), 10 enfants qui bégaient âgés de 13 à 19 ans et leurs proches ont été interrogés sur leurs attentes quant à la thérapie, par le biais d'entretiens. Les résultats ont montré que la priorité en matière de thérapie était la fluidité (100%) pour les enfants qui bégaient, tandis que pour les proches c'était le renforcement de la confiance (50%), l'amélioration de l'estime de soi (70%), et la rencontre avec les autres personnes qui bégaient (60%).

Dans leur article Berquez et all. (2014), propose une étude qualitative pour savoir si les espoirs attendus chez les enfants qui bégaient pour leur thérapie sont alignés avec ceux de leurs parents. Un groupe d'enfants de 1 à 14 ans a suivi un programme intensif de deux semaines suivi de 4 journées de suivi en groupe sur un an. L'échelle utilisée pour cette étude est une échelle de la thérapie brève axée sur les solutions (de Shazer, 1985), où 10 représentent les meilleurs espoirs de l'enfant ou du parent et 0 le contraire. Il leur a été demandé d'imaginer les prochains pas vers les meilleurs espoirs. Les résultats de cette étude montrent que les espoirs en ce qui concerne la thérapie comprennent la fluidité (comme c'était le cas pour l'étude de Landau), mais l'ACS a permis d'élargir leur perspective et ils ont eu d'autres attentes. Il en résulte une volonté de développer des compétences en matière de communication sociale, des compétences cognitives émotionnelles (accroître la confiance, gérer les pensées négatives, renforcer la résilience) et développer des stratégies de gestion de la parole.

Un an plus tard, une seconde étude est menée avec ces mêmes participants (Berquez et all., 2020). Le but étant d'explorer les perspectives de changements au cours de la thérapie. Ils ont répondu à des questions ouvertes suivant une modalité d'approche centrée solution et participé à des évaluations. Les résultats ont montré que les participants ont signalé des modifications favorables dans les capacités de communication sociale, les compétences cognitivo-émotionnelles et les stratégies de gestion de la parole. Ces points mis en avant sont en parfaite correspondance avec ce qu'ils avaient nommé « leurs meilleurs espoirs » dans l'étude précédente. Ils ont aussi identifié des bénéfices supplémentaires tels que des améliorations dans l'adaptation, l'expérience scolaire, les interactions parents enfants, les pensées et les sentiments concernant le bégaiement et la croissance personnelle. L'approche centrée solution peut fournir un cadre de travail pour faciliter la réflexion des patients sur les signes positifs de changement qui se produisent au cours du processus thérapeutique.

4. Thérapies du bégaiement selon des personnes qui bégaiant

Les personnes qui bégaiant elles-mêmes, par leurs témoignages nous apportent et nous orientent sur nos manières de penser la prise en charge du bégaiement.

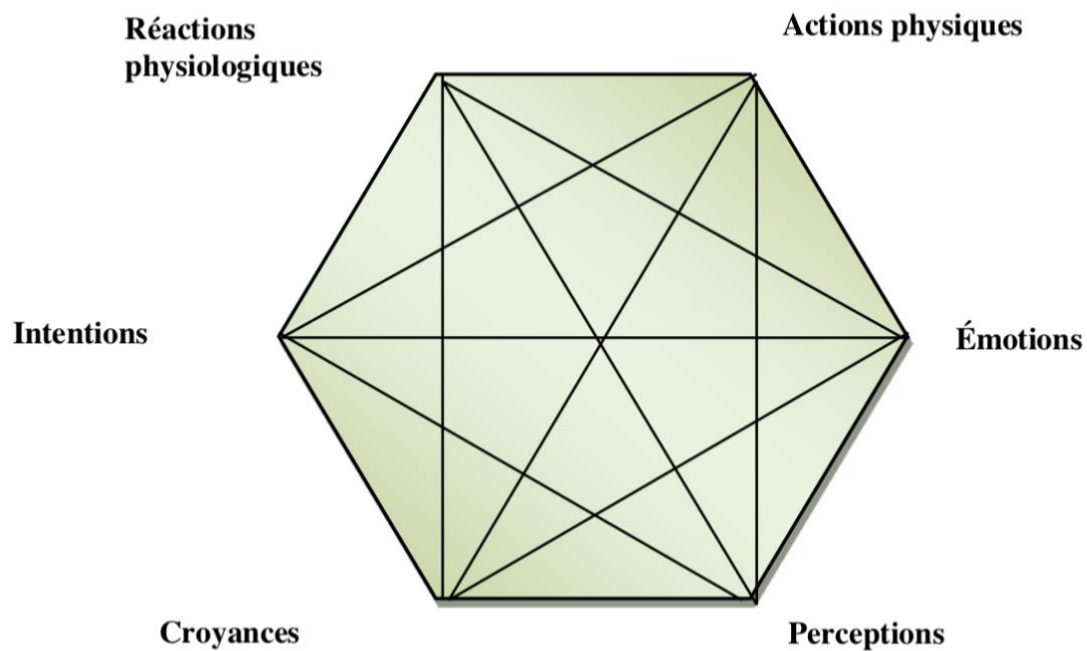
Laurent Lagarde, est une personne influente en France sur la cause du bégaiement. Avec son site Good-bye bégaiement, il conseille ceux qui bégaiant. Lorsque je lui ai expliqué mon sujet de mémoire et demandé de témoigner en écrivant quelles avaient été ses réflexions au long de son parcours. Voici quelle a été sa réponse : *"Le principal changement pour moi a été celui de ma manière de penser. Cela m'a beaucoup aidé de penser positif, d'arrêter d'entretenir les fausses croyances, de ne plus voir des échecs, mais des expériences et des opportunités de progresser. »*

Richard Parent est impliqué dans la cause du bégaiement (au Québec) et a traduit de nombreux textes, il connaîtra une amélioration très sensible de sa parole (et encore plus une modification de sa personnalité) au cours de sa vie et démontre ainsi, une fois de plus, la justesse des théories de l'Hexagone du Bégaiement et de l'Iceberg de Joseph Sheehan. Il existe des Programmes intensifs de quatre semaines combinant une restructuration cognitive et des exercices de réadaptation motrice avec des activités réductrices du stress. Les participants travaillent à comprendre la relation entre leur attitude et les croyances entretenues sur eux-mêmes et au sujet du bégaiement. C'est aussi un travail direct pour réduire les peurs et les évitements, en plus d'un renforcement de la confiance en soi et de la perception de soi. (préface R. Parent*. Harrison* J. C. 201).

John Harrison, était une personne qui bégayait et fut un des tout premiers membre fondateurs de la National Stuttering Association (NSA). Il présente le bégaiement comme un système interactif, il décrit dans son livre un nouveau paradigme pour le bégaiement. Il compare la prise en charge du bégaiement

à un système vivant, qui s'auto-perpétue et un système qui met en œuvre la personne toute entière, un système interactif dans lequel chaque intersection de l'hexagone influence et est influencée par toutes les autres intersections. Mettre en œuvre des changements positifs influencera positivement la vie de l'Hexagone d'un individu. Ces changements conduiront une élocution plus facile et plus expressive/affirmative.

L'HEXAGONE DU BÉGAIEMENT



III. Cadre théorique

A. Approche centrée solution : ACS

En proposant non plus des processus de résolution de problème mais des processus de construction de solution la thérapie brève axée sur la solution (SFBT) change l'orientation du travail thérapeutique. Elle vise à permettre à la personne d'identifier ce qu'elle souhaite et à utiliser ses propres ressources, forces et solutions pour réaliser ses meilleurs espoirs. Il s'agit d'un changement de paradigme à partir duquel vont être proposés des processus, outils et jeux de langage spécifiques et non de simples nouvelles techniques d'accompagnement.

1. Historique

La thérapie brève axée sur les solutions (SFBT, ACS) a été mise au point par Insoo Kim Berg, Steve de Shazer et leurs collègues et clients à Milwaukeee Brief Family au Therapy Centre aux États-Unis au début des années 1980 (de Shazer, 1985, 1988).

2. Les principes

La thérapie est une thérapie centrée :

- ⇒ **sur la construction de solutions permettant au client d'aller vers son Futur préféré et non plus sur la résolution de problèmes** (La solution n'est pas forcément directement liée au problème au sens où les solutions permettant à la personne d'aller vers ce qu'elle souhaite ont le plus souvent rien à voir avec les solution qui permettent de résoudre le problème). Les questions sont au cœur de l'approche centrée sur les solutions. L'expertise du thérapeute ACS consiste à structurer les conversations et à poser des questions qui offriront au client la possibilité d'éclairer et d'activer ses propres ressources pour continuer à créer ses propres solutions pour aller vers le changement qu'il souhaite (Nicholas, 2015). Les questions sont le principal outil de communication et évite de proposer des interprétations ; Elles sont centrées sur le présent et le futur plutôt que sur le passé ; L'approche centrée solution est une orientation positive qui facilite à long terme le changement dans la direction souhaitée : un petit changement entraîne des changements plus importants. Le passé quand il est questionné par le thérapeute l'est sous l'angle de la mise à jour des ressources qui ont pu y être mobilisées par le client.
- ⇒ **sur le patient qui est acteur de sa thérapie**, le thérapeute " accompagne un pas derrière " pour promouvoir le changement autodirigé du client c'est à dire qu'il oriente la recherche vers

les moments, aussi court soient-ils, appelés « Exceptions », où le client a déjà résolu son problème, et ceux appelés « Exemples » où il a permis à des parties de son Futur préféré d'exister. La thérapie ACS permet d'appréhender les patients d'une façon plus large que leur seul trouble, le patient **n'est pas** son problème, et de comprendre précisément ce que le patient souhaite idéalement pour lui.

⇒ **sur les forces et ressources du patient** : Il s'agit de permettre au client de repérer tout ce qu'il fait déjà d'opérant, tout en reconnaissant la difficulté de ses problèmes ; et d'encourager le client à faire davantage de ce qui fonctionne déjà (de Shazer & Dolan, 2012).

Remarque : Le patient est plutôt nommé « client » en approche centrée solution, ce terme n'a pas la signification mercantile qu'on peut lui attribuer en France. Le patient est acteur de la thérapie en ACS et non patient (dans l'attente).

B. Auto-efficacité (sentiment d'efficacité personnelle : SEP)

1. Auto-efficacité en psychologie positive

L'auto-efficacité fait référence à l'évaluation interne d'un individu quant à sa capacité à exécuter une action avec succès afin d'atteindre un résultat souhaité (Bandura, 1977). L'idée fondamentale de Bandura, exposée de la manière la plus claire dans un texte essentiel dès 1977 (Bandura, 1977b), est que la capacité d'un patient à changer dépend principalement de l'idée qu'il se fait de sa capacité de changer. La théorie de l'efficacité personnelle est avant tout une théorie du sentiment d'efficacité personnelle ou de la croyance de la personne en sa propre efficacité.

Il stipule que le sentiment d'efficacité personnelle serait déterminé par quatre sources d'information : les expériences actives de maîtrise (performances antérieures, succès, échecs), les expériences vicariantes (modelage, comparaison sociale), la persuasion verbale (feed-back évaluatifs, encouragements, avis de personnes significatives), et les états physiologiques et émotionnels (Bandura, 1997). Bandura insiste en effet sur l'attention particulière qui doit être réservée aux motivations initiales du patient à l'égard de la thérapie puisque ce sont elles qui vont essentiellement contribuer à l'amorce et au maintien du changement thérapeutique. La croyance des patients en leur efficacité à effectuer des tâches thérapeutiques, à surmonter les obstacles au suivi régulier du traitement et à persévérer est le principal constituant de la motivation initiale pour le traitement. En conséquence, une vigilance assidue de la part du thérapeute au sentiment d'efficacité personnelle du patient est nécessaire. Ce sentiment permet de renforcer la croyance du patient dans sa capacité de changer en thérapie (De Almeida Carapato, Petot, 2004).

2. Auto-efficacité dans l'accompagnement

Les personnes qui bégaiement ont besoin d'un traitement qui facilite l'auto-efficacité et l'auto-responsabilité (Craig, 1998). L'auto-efficacité est un concept important lié à la qualité de vie, à la résilience et au maintien des gains du traitement pour les adultes qui bégaiement. La thérapie aborde simultanément la fluidité et l'auto-efficacité, dans le but de générer des améliorations durables de la fluidité de la parole et de la confiance en matière de communication. (Carter, Breen, Beilby, 2019). Dans les troubles de la parole, un adulte qui bégaiement avec une faible auto-efficacité peut éviter les activités perçues comme intimidantes (par exemple, faire un discours ou une présentation), se retirer des situations sociales où la communication est perçue comme difficile (par exemple, parler devant un public), et choisir de ne pas s'engager dans des situations où un résultat positif perçu ferait défaut (par exemple, l'évitement expérientiel du téléphone). L'interaction entre les facteurs biologiques (c'est-à-dire le bégaiement) et psychosociaux (c'est-à-dire l'auto-efficacité) est mise en évidence dans les troubles de la parole par la manière dont le bégaiement limite les activités de communication et restreint la participation à la vie quotidienne, produisant un impact potentiellement préjudiciable sur le bien-être global et la qualité de vie d'un individu (Yaruss & Quesal, 2004).

3. Auto-efficacité en ACS

L'étude de Wehr, T. (2010) montre, s'agissant du sentiment d'auto-efficacité, que son augmentation, pour le groupe ayant bénéficié du questionnement sur les exceptions, était de cinq fois la taille de l'augmentation de l'auto-efficacité pour le groupe axé sur le problème. Le constat d'un impact significativement plus favorable sur le sentiment d'auto-efficacité avec des questions centrées solution vs centrées problème est vérifié par d'autres études (Marie Carmen Neipp et al. (2015) ; Grant, A. M., & O'Connor, S. A. (2010) ; Grant (2012).

Dans une autre étude (Gravdal et al. 2010) qui porte sur l'effet de l'ACS sur l'auto-efficacité des écoliers socialement retirés, il est montré que les scores ont augmenté de manière statistiquement significative dans les deux groupes (expérimental et témoin) entre la ligne de base (t0) et 3 mois après l'intervention (t2), mais une augmentation plus importante a été observée chez les enfants du groupe expérimental (changement moyen, 8,3) par rapport à ceux du groupe témoin (changement moyen, 4,3). Les résultats de cette étude montrent que l'auto-efficacité a augmenté après l'intervention en approche centrée solution. Une étude antérieure sur l'auto-efficacité (Marks et al., 2005) a indiqué que l'auto-efficacité peut être augmentée par des stratégies telles que la maîtrise des compétences, la fixation d'objectifs, le modelage, les devoirs, l'implication d'autres personnes importantes, l'encouragement et les interactions en petits groupes. Ces stratégies sont similaires à l'intervention en approche centrée solution, où les participants ont choisi leurs propres objectifs et se sont soutenus mutuellement pour les atteindre. Conformément aux conclusions de Caprara et al. (2003).

Dans leur étude, Sarvil & Ghazi (2016) indiquent que l'utilisation de la SFBT permet d'améliorer l'auto-efficacité des élèves de l'école primaire. Ces résultats sont cohérents avec les résultats de Franklin (2009) et de Chen (2005) pour les étudiants et ceux de Dezhbakhsh (2010) pour les couples.

C. Motivation

1. Motivation en psychologie positive

Il semble tout d'abord nécessaire de mieux comprendre la motivation, dans son mémoire Jean Heutte s'appuie sur les travaux de F. Fenouillet et notamment sur son modèle intégratif de la motivation (Fenouillet, 2009a, 2009b). « La motivation désigne une hypothétique force intra-individuelle protéiforme qui peut avoir des déterminants internes et/ou externes multiples, et qui permet d'expliquer la direction, le déclenchement, la persistance et l'intensité du comportement ou de l'action » Les notions telles que « but », « besoin », « émotion », « intérêt », « désir », « envie », et bien d'autres encore, peuvent être utilisées pour une description plus précise. » (Fenouillet, 2009a, p. 27). L'impact de la motivation ne peut donc être restreint au seul comportement, mais doit être étendu à l'action. Cette dernière peut être envisagée comme une succession de comportements. Dans cette perspective, une action ne peut persister que si elle est entretenue et entretient en retour la motivation.

La théorie de l'intégration organismique (TIO) (Ryan & Deci, 2002), propose trois catégories de motivation sur un continuum d'autodétermination : la motivation intrinsèque (MI), la motivation extrinsèque (ME) et l'amotivation (AM). Le niveau le plus élevé d'autodétermination se trouverait au niveau de la MI, alors que le niveau le moins élevé serait au niveau de l'AM.

Pour Edward L. Deci et Richard M. Ryan (2002), la motivation intrinsèque est celle qui advient quand l'individu fait une activité uniquement pour le plaisir. La motivation extrinsèque est qualifiée d'« instrumentale », dans ce cas, ce qui motive l'individu, ce n'est pas l'activité en elle-même, mais le résultat de cette activité qui peut être une récompense ou l'évitement d'une punition.

De nombreuses recherches ont montré qu'il existe des formes de motivation extrinsèque qui sont, elles aussi, fortement autodéterminées. Ces motivations extrinsèques autodéterminées ne sont pas liées au plaisir de faire l'activité, mais à la valeur de leurs résultats. Plus l'individu fait des activités qui sont en accord avec lui-même, plus il est autodéterminé et plus son bien-être augmente.

La théorie de l'autodétermination permet ainsi d'intégrer dans un corpus théorique convaincant des résultats qui montrent que les environnements favorisant l'autonomie soutiennent les relations sociales et maintiennent une perception de compétence élevée. Non seulement celles-ci entraînent les performances, mais elles ont également des effets bénéfiques sur le bien-être global de l'individu (Fenouillet, 2017).

Il existe trois besoins psychologiques fondamentaux comme base de l'autodétermination et de l'intégration de la personnalité (Deci & Ryan, 2000). Le premier de ces besoins est le *besoin*

d'autonomie. Le soutien à l'autonomie comprend des méthodes qui favorisent ou encouragent la prise de parole, l'initiative et le choix et qui minimisent l'utilisation de contrôles, de contingences ou d'autorité comme facteurs de motivation. Un deuxième besoin psychologique est le *besoin de compétence*. Il s'agit du besoin psychologique d'avoir confiance en sa capacité d'influencer les résultats. Le troisième est le *besoin de relation*. Il s'agit du besoin de se sentir lié aux autres et celui-ci est significatif. Le développement et le maintien du changement au fil du temps et des situations exigent que les patients intériorisent et intègrent des valeurs et des compétences pour le changement.

2. Motivation dans l'accompagnement

Dans l'accompagnement habituel des personnes qui bégaiement, le thérapeute va évoquer avec son patient le fait qu'il souhaite qu'il soit auto-motivé ou qu'il ait un désir intérieur de s'engager dans la rééducation et le processus de changement. Il s'agit de lui proposer de trouver les moyens pour être plus riche de savoir, de savoir-faire, de savoir-parler et de savoir-être et non pas de lui promettre de ne plus bégayer. L'usage qu'il va faire de ce pouvoir qu'il se restitue ne dépend que de lui (Van Hout, Estienne, 1996) La thérapie consiste à comprendre et à travailler avec la motivation et la résistance du client.

Au-delà de la motivation initiale, l'auto-motivation ou l'autonomie pour le changement peuvent devenir plus critiques au fil du temps, car les changements de comportement continus nécessitent de surmonter des obstacles, de résister aux moments difficiles ou de maintenir l'action lorsque l'impulsion initiale et les renforcements associés à la thérapie et au changement de comportement ne sont plus disponibles (Richard M. Ryan, Martin F. Lynch1, 2011). Ainsi, la motivation est une problématique non seulement à l'entrée, mais tout au long du processus de thérapie. Les thérapeutes attendent que les patients soient auto-motivés ou qu'ils aient un désir intérieur de s'engager dans un processus de changement.

Dans son mémoire Sophie Dareau, (2012) fait passer un questionnaire auprès de 23 adultes qui bégaiement pour étudier les composantes importantes selon eux de la réussite de la thérapie ; elle relate :

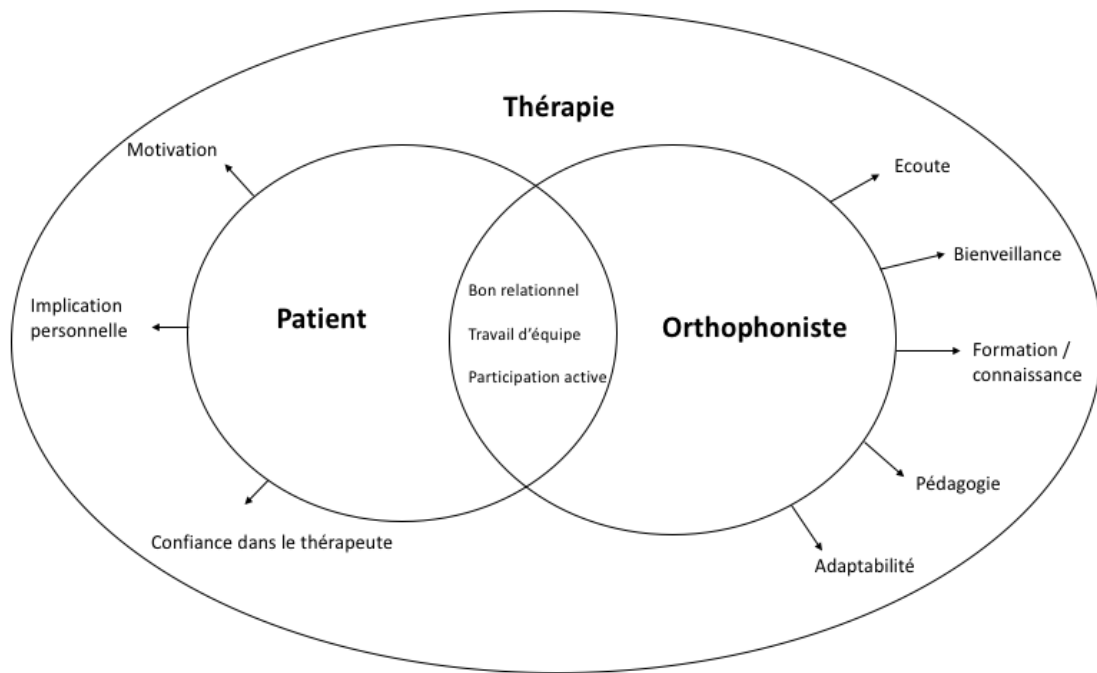
L'investissement de la personne qui bégaiement

- L'implication personnelle
- Une forte motivation.
- Une prise de conscience du désir de guérir
- Le patient devait être « acteur » de sa thérapie afin de maximiser ses chances de réussite.

Et les qualités relationnelles du thérapeute

- Compétences
 - sur le plan technique
 - sur le plan relationnel
- rôle d'explication, d'encouragement, de soutien

Elle résume ces points dans le schéma suivant :



La relation thérapeutique en orthophonie est basée sur une approche humaniste axée sur l'authenticité et le soutien de l'autonomie du Patient. Elle s'appuie sur l'hypothèse de C. Rogers (1959). Celui-ci a spécifiquement soutenu que la relation thérapeutique, caractérisée par l'authenticité, l'empathie et un regard positif inconditionnel, pouvait faciliter le changement positif et la croissance en créant un environnement dans lequel la motivation inhérente des clients vers l'actualisation serait soutenue. Rogers partait du principe que ces conditions propices au changement - l'authenticité, l'empathie et le regard positif inconditionnel - étaient à la fois nécessaires et suffisantes pour provoquer un changement thérapeutique positif et durable (Kirschenbaum & Jourdan, 2005). L'empathie dans l'entretien motivationnel a le sens décrit par Carl Rogers, où l'écoute réfléchie est la compétence thérapeutique fondamentale. Le conseiller ne critique pas, ne juge pas et ne blâme pas ; il essaie plutôt de comprendre les sentiments et les perspectives du client et à favoriser une attitude positive envers le changement. Lorsque l'entretien motivationnel est mené de manière appropriée, c'est le client, et non le conseiller, qui exprime les arguments en faveur du changement, l'auto-efficacité et les intentions de changement (Miller & Rollnic, 2005). Son hypothèse était que la motivation dans le sens de l'action sera catalysée tant que ces conditions favorables seront réunies. (Richard M. Ryan¹, Martin F. Lynch, 2011)

Dumont et Julien (2004) de leur côté reviennent sur le rôle important de la relation avec le thérapeute « elle doit être fondée sur la confiance... Si le rôle du thérapeute est important, il n'est pas tout, loin de là... Il ne faut pas se contenter d'être en attente...il doit y avoir une participation active. C'est l'ensemble de ces volontés qui va permettre au processus thérapeutique de se mettre en place pour obtenir des résultats. ». Monfrais Pfauwadel ajoute (Rey-Lacoste, 2001) dans le même sens : « J'aimerais que vos lecteurs bègues comprennent ou entrevoient qu'il n'y pas un droit à la santé ou à la

perfection et que c'est à eux d'être activement magiques ; car la magie est en chacun. Nous, thérapeutes, ne pouvons qu'éclairer un bout du chemin ».

3. Motivation en ACS

En approche centrée solution, le thérapeute n'a pas pour objectif de motiver le patient mais il œuvre à développer une alliance thérapeutique et un contexte qui lui permette de contacter et amplifier sa motivation intrinsèque de sorte que le changement puisse servir les propres objectifs et valeurs du patient.

Les stratégies de renforcement liés aux compliments indirects permettent quant à elles de développer la motivation extrinsèque autodéterminée

Les principales stratégies de l'ACS pour permettre au client de contacter et amplifier sa motivation sont selon de Shazer (2004) :

- la projection dans le futur (question miracle), qui permet de créer une attente de solution chez le patient : "Imaginez qu'une nuit, pendant que vous dormez, un miracle se produit et le problème disparaît. Comme vous dormiez, vous n'êtes pas conscient du miracle qui se produit. Quand vous vous réveillez, quelles sont les premiers signes qui vous disent que le miracle a vraiment eu lieu ? Qu'est-ce qui va être différent ?"
- le travail avec les exceptions qui se réfère aux occasions dans lesquelles le comportement problématique ne se produit pas ou de moindre façon : « *A quand remonte la dernière fois où vous avez réussi à le faire, même pour une courte période ?* », « *Que pourriez-vous faire pour que cela se reproduise ?* »
- la question de l'échelle de progression consiste à évaluer le changement subjectif de bien-être en attribuant un chiffre, ce qui permet d'éviter les réponses dichotomiques ; en outre, elle permet d'élargir et d'attribuer le contrôle (locus de contrôle interne) aux réponses du client de manière à clarifier les changements. (Enea, Dafiniou, 2009) « *Si 10 signifie que ce que vous souhaitez (futur préféré) est entièrement là, et 0 signifie que ce que vous souhaitez n'est pas là, où voyez-vous vous-même en ce moment ? Où aimeriez-vous être la semaine prochaine ?* »

Les stratégies, les principes et les interventions de l'ACS ont pour effet de soutenir le besoin d'autonomie, de compétence et de relation des clients qui, selon la théorie de l'autodétermination, sont des clés pour améliorer l'autodétermination. Un thème central de cette théorie est l'importance de la mesure dans laquelle les personnes s'engagent de manière autonome dans des activités (Coert Visser, 2010).

L'ACS peut être définie comme une approche dans laquelle un praticien, par exemple un coach ou un thérapeute, soutient ses clients en les considérant et en les traitant comme uniques et compétents, en étant à l'écoute de ce qu'ils disent, en les aidant à visualiser les changements qu'ils souhaitent et en

s'appuyant étape par étape sur ce qu'ils ont déjà fait et qui fonctionne (De Jong & Berg, 2008 ; Walter & Peller, 1992).

Concernant le besoin d'autonomie :

- Les clients définissent eux-mêmes leur futur préféré.
- Les thérapeutes posent des questions formulées de façon précise pour que le client se sente expert de la thérapie « *En quoi le rdv d'aujourd'hui vous serait utile ?* » Les thérapeutes soulignent les efforts des patients/ clients pour amplifier leur autonomie.

L'ACS va soutenir le besoin de compétence :

- les clients sont aidés à identifier et à amplifier leurs propres comportements compétents déjà présents.
- les exceptions et les succès passés sont analysés en posant une série de questions telles que « *Qu'avez-vous fait différemment dans cette situation ?* », « *Comment cela vous a-t-il aidé ?* », « *Comment avez-vous fait pour réussir à faire cela ?* », « *Qu'avez-vous fait qui a permis cette exception ?* » et « *Qu'est-ce qui a bien fonctionné par ailleurs ?* »
- les questions par rapport aux compétences « *Qu'avez-vous mobilisé comme compétences/forces/habilité pour faire cela ?* » permettent de faire identifier par la personne la/les ressource (s) qu'elle utilise et ainsi les nommer.

En encourageant les clients à trouver des réponses aux questions, on les aide à identifier ce qu'ils ont fait et qui était déjà utile et on leur permet de qualifier les ressources utilisées, ce qui renforce leur sentiment de compétence.

Les thérapeutes soulignent les efforts des patients par des feed-back positif et des questions d'adaptation : « *Comment pouvez-vous vous expliquer comment vous avez pu faire aussi bien alors que les circonstances étaient si difficiles ?* »

Le recadrage fait partie du soutien de la relation. Il propose une autre interprétation positive d'états et des comportements présentés négativement par le participant (Berg, 1994) et par les questions sur les relations : « *Comment votre fille remarquera-t-elle que les choses se sont améliorées ?* »

D. Espoir

L'espoir n'est pas une idée facile à saisir. Elle semble insaisissable et nous essayons souvent de la définir comme l'optimisme, la confiance, la motivation et l'efficacité personnelle. À bien des égards, le sentiment d'espoir est une expérience similaire à l'idée d'avoir la foi ou la confiance. (Bolton et Hall, 2014)

1. Espoir en psychologie positive

Il convient de souligner que l'espoir n'est pas considéré comme un talent ou une compétence, mais comme une vertu inhérente qui se présente sous diverses formes. Les recherches de Seligman (2011)

démontrent qu'un sentiment d'espoir est un facteur de soutien face à de sérieux défis de la vie et qu'il contribue non seulement au changement, mais peut aussi avoir des effets auto-générateurs de changement dans la vie quotidienne. Cela est dû au fait qu'il entraîne un changement vers la positivité. L'espoir s'accompagne de la conviction qu'il est possible d'améliorer sa vie, une attitude positive qui crée des résultats potentiels plus importants. La recherche dans le domaine de la positivité ou du bonheur aide à définir la nature de l'espoir et approfondit la signification de l'espoir.

Chez les individus présentant un haut niveau d'espoir, ces émotions sont très souvent associées à des aspects positifs comme le bonheur, la confiance ou l'engagement (Snyder et al., 1999 ; Snyder, Harris et al., 1991). À l'inverse, les émotions d'une personne ayant peu d'espoir renvoient davantage à des sentiments négatifs comme l'anxiété, le stress, la rumination. En conséquence, les individus ayant peu d'espoir auront notamment tendance à surestimer la difficulté du but, à avoir une perception moindre de leurs capacités ainsi qu'une confiance et un engagement plus mesurés, limitant de ce fait le choix des buts et la valeur qui leur est accordée. (Delas, Martin-Krumm, Fenouillet, 2014)

Bernardo (2010) a récemment proposé d'étendre la théorie de Snyder en y incorporant une dimension « locus » d'espoir. Ce concept de Locus Of Control (LOC) se réfère à la perception de l'individu quant au contrôle exercé sur les conséquences de ses propres actions. Certains individus établissent naturellement un rapport entre leurs actions et les conséquences générées par celles-ci, on parle alors de « locus interne » de contrôle. (Delas, Martin-Krumm, Fenouillet, 2014) Julian Rotter (1954) distingue ainsi des individus avec **un locus interne de contrôle** (ce qui m'arrive dans la vie dépend de moi, de mes actions et de mes comportements) et ceux avec **un locus externe** (ce qui m'arrive dans la vie dépend de facteurs externes, comme le hasard, les comportements des autres...) (Farnier, Shankland, Kotsou, Inigo, Rosset, Ley, 2021).

Les PQB sont encouragées à assumer la responsabilité du changement et à développer leur locus de contrôle interne, dont on a constaté qu'il était un facteur important pour maintenir les progrès à la suite d'une thérapie pour adultes bègues (Nicholas, 2015).

2. Espoir dans l'accompagnement

L'importance de l'espoir dans le changement thérapeutique a été largement décrite comme l'un des facteurs communs responsables du changement thérapeutique (Hubble, Duncan, Miller, & Wampold, 2010 ; Linley & Joseph, 2004 ; O'Hara, 2010 ; Snyder, 1994 ; Snyder, Rand, & Sigmon, 2002), (Bolton et Hall, 2014).

3. Espoir en ACS

Michael et al. ont examiné la résolution de problèmes par rapport à la SFBT en termes de développement d'un sentiment d'espoir chez les clients. Ils ont constaté que l'ACS était intrinsèquement applicable à l'amélioration du sentiment d'espoir par rapport aux modèles de résolution de problèmes (Bolton et Hall, 2014).

Plutôt que d'encourager les clients à décrire leurs problèmes en détail et à tenter d'identifier les causes à traiter ensuite, la pratique orientée solutions demande explicitement aux personnes de se demander quand les choses vont mieux et quand elles ont été meilleures, ce qui permet de générer de l'espoir et un sentiment de possibilité en reconnaissant ces exceptions (De Jong & Berg, 2008 ; de Shazer, 1985, 1988, 1991 ; de Shazer & Berg, 1997). Non seulement cela oriente la conversation vers les possibilités, mais cela transmet également l'espoir du praticien (Bolton et Hall, 2014).

Lors de l'accompagnement avec l'approche centrée solution, l'espoir est activé à différents moments du processus. Dans un premier lieu nous explorons comment il intervient au cours de la relation thérapeutique, puis avant le premier rendez-vous. Nous poursuivrons en décrivant l'attitude du praticien génératrice d'espoir et enfin nous décrirons en quoi le processus ACS fait émerger l'espoir.

a) Dans la relation thérapeutique

L'espoir est renforcé lorsque la relation entre le patient et le thérapeute est basé sur la bienveillance. Le comportement du praticien contribue au sentiment d'espoir dans la relation : "L'attitude générale [exprimée dans la SFBT] est positive, respectueuse et pleine d'espoir. Le praticien regarde la personne au meilleur d'elle-même. On suppose généralement que les gens ont en eux de fortes résiliences et qu'ils peuvent les utiliser pour faire des changements" (de Shazer & Dolan, 2007, p. 4) (Bolton et Hall, 2014) Il s'agit plutôt d'une reconnaissance du fait que le processus de création d'espoir, en ACS, est un élément central de la relation : Si vous vous concentrez uniquement sur ce qui n'existe pas, sur ce qui manque et que l'on s'attendrait à avoir dans sa vie, ce qui se produit est un profond désespoir, non seulement de la part du client, mais aussi de la part du thérapeute (Dolan, 1996 ; cité dans Duvall & Rockman, 1996, p. 83) (Bolton et Hall, 2014).

b) Avant que le patient n'arrive au premier rendez-vous

Lorsqu'un client cherche à suivre une thérapie, le thérapeute suppose que le changement a déjà commencé avant la séance. En thérapie brève orientée solution, on appelle cela le changement pré-session (Hanton, 2011). Un thérapeute ACS part du postulat selon lequel le changement est déjà en train de se produire pour le client, dès l'appel pour prendre rendez-vous : La question pourrait être « *Qu'est-ce qui s'est amélioré pour vous depuis que vous avez appelé ?* » (Pawson, 2020).

c) Dans l'attitude du praticien

Le thérapeute adopte une position de non-savoir pour l'autre, cela implique de considérer le client comme expert de lui-même. Le praticien demande au patient de quoi il lui est utile de parler, identifie ses espoirs par rapport aux séances. Il envisage comment les résultats du travail seront perçus (Anderson & Goolishian, 1992).

Le thérapeute communique un sentiment d'espoir qui est depuis longtemps reconnu comme une composante importante de la croissance et du changement psychologique (Nicholas, 2015).

d) Dans le processus ACS

Le thérapeute met en œuvre des compétences particulières intégrées dans le processus de l'approche centrée solution. Nous allons expliquer en quoi les processus ACS peuvent faire émerger l'espoir.

- **La question sur les meilleurs espoirs**

Le concept de base de l'ACS, qui consiste à s'intéresser à « *quand les choses vont mieux* », est associé à des objectifs auto-générés et agit comme un catalyseur pour développer un sentiment d'espoir et apporter des changements en vue d'atteindre les résultats souhaités par le client.

« Quels sont vos meilleurs espoirs concernant notre travail commun ? » Selon Shennan et Iverson (2012), (Bolton et Hall, 2014).

- **La question miracle**

Cette question « miracle » est posée lorsque l'attention du patient est tournée vers l'avenir (...) dans ce contexte, le changement est non seulement possible mais il est inévitable (Duncan, post face). Cette étape est en lien avec la théorie de Snyder selon laquelle « Aider un client à réaliser qu'il peut déverrouiller ses voies a été identifié comme une approche utile. » (Snyder, Lehman, Kluck, & Monsson, 2006), (Pawson, 2020).

- **L'échelle d'espoir**

Le thérapeute demande au client de se situer sur une échelle de 1 à 10.

« Si 10 signifie que vous avez tout l'espoir du monde que les choses s'amélioreront à l'avenir et que 0 signifie aucun espoir, où vous situez-vous sur cette échelle ? » (de Shazer & Dolan, 2007, p. 66) (Bolton et Hall, 2014).

Le client note sa position actuelle par rapport à son objectif.

L'étape suivante consiste à demander au client de décrire ce qu'il remarquerait un cran plus haut en direction du 10 et ce que cela permettrait. Ce qui prend en compte les points de progression vers son

objectif ou son futur préféré. L'accent n'est pas mis sur les chiffres, mais sur la description donnée par le client (Hanton, 2011), (Pawson, 2020).

- **Les questions orientées sur le futur ainsi que les exceptions potentielles**

Elles sont génératrices d'espoir et génèrent des possibilités de changement. Le développement d'objectifs orientés vers le futur peut se faire par une description de ce qui se passerait si le problème n'était plus présent ou avait moins d'impact dans leur vie (Weatherall & Gibson, 2014). (Pawson, 2020) Le thérapeute aide le client à découvrir ce vers quoi il cherche à se diriger, plutôt que ce dont il souhaite s'éloigner. Pour y parvenir (Hanton, 2011) sont utilisées des questions sur le remplacement, telles que : « *Lorsque vous ne vous sentirez plus triste, que remarquerez-vous à la place ?* », ce questionnement entraîne le client à adopter une pensée orientée vers le futur (Pawson, 2020). Par ailleurs l'ACS est connue pour travailler avec des exceptions telles qu'un moment où le problème n'est pas présent dans la vie du client ou lorsque le problème a moins d'impact sur lui (Nelson, 2019). Le fait de s'appuyer sur les exceptions aide le client à se connecter à ses forces et à sa capacité à évoluer vers des possibilités futures (Hanton, 2011) (Pawson, 2020).

- **Les plus petits pas possibles**

Le thérapeute ne demande pas au patient de définir un plan d'action. En revanche en lui permettant de visualiser de quoi serait fait le plus petit pas en direction de son futur préféré, ainsi que ses bénéfices, il favorise la motivation du client et sa mise en action. L'attention ici est portée sur les petits changements plutôt sur l'objectif final. Lorsque on envisage de petits pas et que l'on croit fermement en sa capacité à faire ce pas, on constate une augmentation des sentiments positifs et de l'espoir. Plus les sentiments positifs générés sont importants, plus on devient créatif dans la recherche de voies alternatives pour atteindre le résultat souhaité (Frederickson, 2009 ; Isen, 1987), (Bolton et Hall,2014). Les petits pas et le sentiment de pouvoir s'auto-réaliser se traduisent par une détermination renouvelée à atteindre son objectif et, surtout, par un sentiment d'espoir (Snyder et al., 1999, p. 184) (Bolton et Hall,2014).

E. Taux d'attrition – Feed-Back

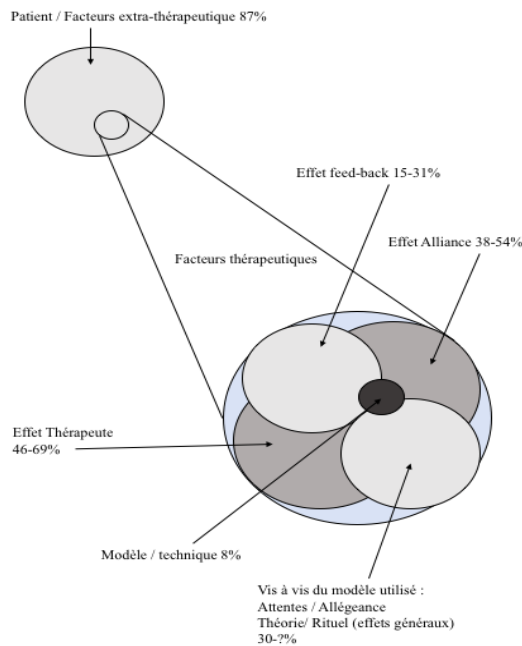
Le schéma suivant met en évidence, les proportions différentes des facteurs communs d'efficacité en thérapie, notamment : le client, le thérapeute, l'alliance, le modèle et la technique utilisée et le Feed-back (Barry Duncan, post face Alliances thérapeutiques).

Le facteur client (forces, efforts, motivation, souffrance, soutien relationnel, changement lui-même, éléments extérieurs) représente 87% de la variabilité du changement laissant 13% de la variabilité attribuable à la thérapie (Wampold, 2001). Le client est le moteur du changement (Bohart et Tallman,

2010) et la qualité de la participation des patients émerge comme facteur le plus important pour déterminer le résultat (Orlinsky et al., 2004).

Le feed-back (proportion de 15-31%) permet de donner des informations sur l'adéquation entre nous, notre approche et le client. Il implique directement les clients dans l'évaluation des progrès réalisés pour atteindre leurs objectifs et dans la mesure de l'adaptation de la thérapie à leur besoin (Duncan, post face p 218, « Alliances thérapeutiques et thérapies brèves »).

L'évolution des facteurs communs avec le feed back



1. Feed-back dans l'accompagnement

La thérapie du bégaiement chez l'adulte est un processus souvent long ; il n'est pas rare que les patients abandonnent en cours de traitement. Les thérapeutes ont souvent du mal à savoir si le bégaiement va s'améliorer ou s'aggraver et si le patient va abandonner.

Ce constat peut remettre en doute pour les patients l'efficacité de la thérapie et pour les thérapeutes parfois leur propre efficacité.

Il est important de mentionner qu'en France, en dehors des supports pour les bilans, il existe peu de techniques d'auto-évaluation destinées à être utilisées pendant la rééducation. Selon R. Legendre (1993), docteur en sciences de l'éducation, il définit l'auto-évaluation comme « un processus par lequel un sujet est amené à porter un jugement sur la qualité de son cheminement, de son travail ou de ses acquis en regard d'objectifs prédéfinis et tout en s'inspirant de critères précis d'appréciation ». Le but est de rendre l'individu acteur de sa prise en charge. Les patients sont amenés à évaluer les répercussions psychologiques de leur bégaiement à savoir leurs émotions ou leurs

pensées irrationnelles. Les répercussions sociales sont également envisagées à travers des questions reposant sur les attitudes réactionnelles handicapantes. Ces questionnaires peuvent servir de ligne de base et être réutilisés à plusieurs mois d'intervalle pour constater une éventuelle évolution. Dans leur mémoire (2013), E. Humblot et C. Lenormand étudient la place et l'intérêt des techniques d'auto-évaluation dans la prise en charge orthophonique des adultes qui bégaiement ; elles identifient plusieurs tests :

- Le test OASES : (Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering) a été créé en 2008 par Scott Yarus et Robert W. Quesal. Il s'agit d'un test très complet comportant 100 questions divisées en 4 catégories : les connaissances générales que le patient possède sur le bégaiement et sa propre parole, ses réactions par rapport au bégaiement, sa communication dans la vie de tous les jours et sa qualité de vie.
- Échelle d'aptitudes pour personnes bègues de Breitenfeldt d'un questionnaire datant de 1999 mettant en avant les stratégies utilisées par les patients pour cacher, éviter ou minimiser leur bégaiement.
- Inventaire des idées concernant le bégaiement de G. Woolf permet d'identifier les comportements de lutte, les évitements ou bien encore les fausses croyances.
- Échelle d'affirmation de soi de Rathus, cet outil est étalonné.
- L'échelle de Cooper Auto-cotation : le patient va s'attribuer une note entre 1 et 5 sur trois aspects. Il va premièrement évaluer son niveau de bégaiement général : léger (1), modéré, modéré à sévère, sévère ou très sévère (5).
- Les situations de parole questionnaire établi par D. Williams.
- Les enregistrements vidéo permettent un feed-back objectif des difficultés du patients et sont couramment utilisés lors des séances d'orthophonie.

De manière générale, l'auto-évaluation a aidé les patients dans leur progression : 70% ont été « beaucoup » aidés, 20% ont été « énormément » aidés, 10% ont été « moyennement » aidés par l'auto-évaluation. De même, l'auto-évaluation proposée par les orthophonistes est une technique jugée nécessaire dans l'évolution de la progression : 90% la jugent « beaucoup » nécessaire et 10 % la jugent « énormément » nécessaire.

2. Feed-back en ACS

L'évaluation positive et le feed-back sont des éléments importants dans le processus thérapeutique.

Ainsi, le feedback :

- sert non seulement comme un marqueur important qui segmente le processus thérapeutique, mais aussi pour examiner et pour se réadapter au processus en action. Le feed-back est un outil d'approche centrée solution parce que le client dirige la thérapie (de Shazer et Dolan, 2007).

- permet de fournir des chances de succès ou d'échec du traitement, il donne des informations sur l'adéquation entre le thérapeute, le client et l'approche. Le feed-back augmente donc le sentiment d'implication dans toutes les décisions concernant la thérapie.
- permet de voir si cette approche est utile et si des réajustements sont nécessaires. Les patients/clients sont des partenaires essentiels dans le processus thérapeutique.

Pour permettre à la personne de faire ce feed-back deux échelles du "Partners for Change Outcome Management System" (PCOMS) existent (Duncan, 2010a ; Duncan and coll., 2004).

- l'échelle ORS (Outcome Rating Scale) : échelle d'évaluation des résultats
- l'échelle SRS (Session rating Scale) : échelle d'évaluation de la séance, de l'alliance thérapeutique

Ces échelles autorisent une discussion transparente avec le client (Duncan and coll. , 2004), c'est un processus vivant et continu qui engage les clients dans le contrôle collaboratif des résultats. Ce processus augmente également l'espoir d'amélioration, il s'adapte aux préférences des clients et maximalise l'adaptation au thérapeute. Et enfin concernant les clients, ce processus favorise la participation des clients ce qui est un élément central du changement thérapeutique (Duncan Barry, post face, Alliances thérapeutiques, page 218).

IV. Problématique, diagnostic et hypothèses

La thérapie du bégaiement nécessite une alliance thérapeutique : l'orthophoniste doit adopter une attitude bienveillante, apporter un cadre de séances structurant tout en étant elle-même pour permettre au patient d'être acteur et engager dans le processus de changement. Il est nécessaire qu'il/elle crée une affiliation celle-ci permettra au projet thérapeutique de voir le jour. Le thérapeute doit se sentir suffisamment formé et légitime à accompagner des personnes qui bégaiement. La frontière entre l'orthophonie et la psychologie est souvent un biais abordé par les professionnels qui ont besoin de se sentir compétents.

Ce travail s'engage pour un temps souvent long afin de modifier ce que la personne adulte a mis en place depuis des années tant au niveau du travail moteur qu'à propos des aspects communicationnels. Certains adultes errent parfois de thérapies en thérapies recherchant la solution miracle qui mettra un terme à leur souffrance. La démarche thérapeutique nécessite un premier engagement et l'attente de résultats concrets et rapides déclenchent un taux d'attrition important. La motivation du patient au cours du temps à entreprendre des changements doit rester optimale et son engagement doit lui permettre d'accéder un meilleur bien-être.

Une relation thérapeutique équilibrée évite le désengagement du patient et l'épuisement professionnel du thérapeute. On note une multiplicité de thérapie, avec un point commun : le patient est acteur du changement.

En France la thérapie est souvent axée sur la résolution des problèmes du patients : le biais de négativité est ainsi amplifié sur les difficultés de la personne. Les difficultés de communication au quotidien génèrent des émotions négatives qui entretiennent la souffrance vécue et peuvent amener à des difficultés interactionnelles ou sociales. Une baisse d'estime de soi et un repli sur soi peuvent être constatés. La thérapie permet de sortir de ce cercle vicieux et de proposer un cercle vertueux qui donnera une possibilité à la personne qui bégaie de se voir avec un œil différent.

L'approche centrée solution permet un changement de paradigme. Promouvoir un tel accompagnement axé sur les ressources et les forces permettrait aux thérapeutes et aux patients de trouver du sens et de « l'empowerment ». Selon Pierre Tap (2010), on peut ainsi nommer l'accès au pouvoir (empowerment) comme le processus par lequel une personne qui se trouve dans des conditions de vie plus ou moins incapacitantes développe par l'intermédiaire d'actions concrètes, le sentiment qu'il lui est possible d'exercer un plus grand contrôle sur les aspects de sa réalité psychologique et sociale. Ce sentiment aurait tendance à accentuer l'émergence d'autres sentiments tels que les sentiments

d'autonomie, de signification, d'auto-efficacité et d'autodétermination, mais aussi de confiance en soi (évaluation positive de soi).

Delphine Pont dans son mémoire décrit les qualités des orthophonistes : Le métier véhicule des valeurs telles que : la facilité à entrer en relation, la neutralité bienveillante, l'écoute, l'empathie, la maîtrise de ses propres émotions, le choix de mots adéquats et adaptés au contexte, l'adaptabilité, la créativité, la fermeté, l'humilité et la patience. Grâce à son engagement dans la relation l'orthophoniste pourra utiliser sa technicité expérientielles et ainsi engager sa motivation.

L'accompagnement de l'orthophoniste est donc un enjeu majeur pour l'efficacité de la dynamique de la thérapie.

Comment mesurer l'efficacité thérapeutique ? le concept d'evidence-based practice (EBP) a été repris à la médecine pour s'appliquer à l'orthophonie. Selon Bernadette Piérart, en 2005, l'American Speech and Language Hearing Association (ASHA) recommandait d'employer les principes d'une pratique basée sur des preuves (EBP) dans les décisions cliniques initiant maints colloques et réflexions sur les rapports entre théories et thérapies dans le domaine du bégaiement (Packman, 2012) et recommandations de procédures méthodologiques.

S'appuyer sur la psychologie positive dans l'accompagnement relève d'un changement de paradigme susceptible d'ouvrir des perspectives nouvelles. La psychologie positive, définie comme « l'étude des conditions et des processus qui contribuent à l'épanouissement ou au fonctionnement optimal des individus, des groupes et des institutions » (Gable & Haidt, 2005), a pour but, entre autres, de valider des méthodes de promotion de la santé et d'accompagnement centrées sur les ressources et les potentialités humaines.

L'objectif des pratiques de psychologie positive consiste à percevoir les situations et les expériences vécues sous un angle nouveau, ce qui permet de trouver de nouvelles manières plus créatives de faire face aux situations rencontrées et d'aborder la relation à soi, à autrui et à l'environnement, en s'appuyant en priorité sur ce qui fonctionne déjà. Cette manière d'aborder le travail avec les patients favorise l'alliance thérapeutique (les patients sont plus assidus comparativement à d'autres interventions proposées dans ces études), le sentiment de compétence et l'espoir, tous trois étant des facteurs importants impliqués dans l'efficacité des psychothérapies. (Skankland, Benni, 2017)

Dans le cadre de ce mémoire-article, l'étude s'appuie sur une intervention à destination des patients qui bégaiement. Cette intervention s'appuie sur l'approche centrée solution (ACS) dans l'accompagnement thérapeutique. Il s'agit notamment de susciter l'espoir en faisant émerger chez le patient un projet, pouvant donner davantage de sens à sa vie, raviver son courage et son engagement

Nous faisons les hypothèses suivantes :

H1 : l'approche centrée solution devrait avoir un impact favorable sur l'auto-efficacité de la personne qui bégaie et son implication dans le projet thérapeutique.

H2 : L'approche centrée solution devrait avoir un impact favorable sur la motivation de la personne qui bégaie à suivre le dispositif proposé.

H3 : L'approche centrée solution devrait avoir un impact favorable sur l'espoir de la personne qui bégaie.

H4 : L'approche centrée solution devrait avoir un impact favorable sur la diminution du taux d'attrition de la personne qui bégaie dans le parcours d'accompagnement.

V. Méthode

A. Participants

Cette étude concerne 9 participants adultes (6 femmes et 3 hommes), 8 répartis dans toute la France et 1 habitant au Togo en Afrique.

8 personnes travaillent (catégories socio-professionnelles très différentes) et 1 est étudiante.

7 sont en couple et 2 vivent seul.

Les participants ont été envoyés par une orthophoniste (pour 6 d'entre eux) ou ont répondu à une annonce postée sur un réseau social (pour les 3 autres).

Les critères d'inclusion étaient :

- être d'âge adulte (plus de 18 ans)
- être locuteur qui bégaiie c'est-à-dire présenter des disfluences telles qu'elles sont définies dans le DSM-IV (2000).

Les niveaux de bégaiement présentés allaient de léger à sévère selon l'échelle d'Iowa de sévérité du bégaiement de D. Williams. Deux des participants possédaient un bégaiement léger associé à un bredouillage.

- ne avoir eu de suivi en orthophonie ou avoir eu un suivi il y a longtemps afin de ne pas biaiser les résultats.
- 3 n'ont jamais eu aucun suivi
- 2 ont eu un suivi à l'école primaire (de quelques séances à 4 ans) et 1 a suivi un stage de 3 jours quelques années plus tard.
- 2 ont eu un suivi au collège (de quelques séances à 1 an)
- 1 a été suivi à l'école primaire et au collège
- 1 a suivi quelques séances il y a quelques années avec un orthophoniste.

Certains ont essayé d'autres thérapies comme l'EMDR, la psychologie, l'hypnothérapie.

Les personnes ont été contactées par téléphone avant le début de l'étude afin de leur expliquer la démarche, créer l'affiliation et leur laisser la possibilité de s'engager ou non.

Tous ont accepté de participer.

B. Instruments de mesure

Un questionnaire en ligne a été envoyé avant le début de l'intervention pour rassembler les réponses nécessaires pour mieux connaître les participants

- Coordonnées
- Profession

- Contexte familial
- Ce qu'ils ont envie de partager
- Le suivi pour le bégaiement
- Ce qui a été utile ou non dans ce suivi
- Les forces que les autres identifient chez eux et celles qu'eux-mêmes identifient.

A la suite de ces questions les participants avaient 3 échelles à remplir individuellement :

- L'échelle d'espoir (6 questions)
- L'échelle de motivation situationnelle (SIMS)- (16 questions)
- L'échelle d'auto-efficacité générale (10 questions)

Ces évaluations ont été complétées en ligne sur 3 temps différents de l'intervention

- avant les 5 séances pour toutes les échelles
- après les 5 séances pour l'échelle d'espoir et d'auto-efficacité
- avant la 5^{ème} séance pour l'échelle de motivation situationnelle
- 1 mois après la dernière séance pour les deux échelles d'espoir et d'auto-efficacité.

L'échelle d'espoir State Hope Scale (SHS), (Martin-Krumm et al., 2015).

Afin d'évaluer l'espoir de manière situationnelle, l'échelle d'espoir d'état a été créée et validée (SHS ; Snyder et al., 1996). Sans identifier d'objectifs spécifiques, la SHS mesure la pensée d'espoir momentanée d'une personne (Snyder, Feldman, Shorey, & Rand, 2002).

L'échelle de motivation situationnelle

(the Situational Motivation Scale, SIMS) créée et validée par Guay et ses collègues (Guay et al., 2000). L'objectif de la **SIMS** est de déterminer quel type de motivation régule les comportements d'un individu durant une activité. C'est un questionnaire composé de 16 affirmations. En utilisant une échelle donnée, l'individu détermine son niveau d'accord avec chacune de ces 16 affirmations.

L'échelle d'auto-efficacité générale

L'échelle de mesure du sentiment d'efficacité personnelle est une échelle psychométrique de 10 éléments qui est conçue pour évaluer les croyances positives pour faire face à une variété de demandes difficiles dans la vie. Cette échelle se réfère explicitement à la croyance que les actions sont responsables de résultats positifs. L'échelle a été initialement développée en allemand par Matthias Jerusalem et Ralf Schwarzer en 1981 et a été utilisée dans de nombreuses études avec des centaines de milliers de participants.

Nous avons utilisé un autre type d'évaluation au début et à la fin de chaque séance au moyen de l'échelle ORS et SRS "Partners for Change Outcome Management System" (PCOMS) (Duncan, 2010a ; Duncan

and coll., 2004), qui étaient à remplir en ligne également mais qui faisaient partie du temps de séance. Scott Miller (2012) décrit dans son article le fonctionnement de ces deux échelles.

- **l'échelle ORS** (Outcome Rating Scale) : échelle d'évaluation des résultats ; cette échelle évalue 4 dimensions
 - o la détresse individuelle ou le bien être
 - o la détresse interpersonnelle et relationnelle , ou comment le client s'en sort dans ses relations intimes
 - o La satisfaction du client au travail, à l'école et dans ses relations à l'extérieur de la maison
 - o Une vue d'ensemble ou le bien être en général

Les clients placent un marqueur sur chaque ligne, l'estimation la plus basse se trouvant à gauche et la plus haute à droite. Le feed-back est très simple à utiliser et immédiatement disponible. Cette échelle permet d'explorer la perception subjective de la détresse du patient. Au fur et à mesure des séances cet outil permettra de valider les progrès du patient.

- **l'échelle SRS** (Session rating Scale) est une échelle qui évalue l'ajustement de notre travail avec les attentes du patient en ce qui concerne l'alliance thérapeutique. Celle-ci explore :
 - o la qualité de la relation thérapeutique,
 - o le degré d'entente entre le client et le clinicien concernant les objectifs,
 - o l'entente entre le client et le thérapeute concernant les méthodes et l'approche thérapeutique.

La reprise de cette échelle à la fin de chaque séance permet de construire une alliance forte. Il existe un feed-back en temps réel qui permet d'aborder toutes les désaccords et les problèmes rencontrés. Celui-ci évite le taux d'attrition : Les patients peuvent arrêter les séances si la thérapie ne les aide pas ou s'ils ne sont pas assez engagés.

A la fin de la cinquième séance **un questionnaire qualitatif** en ligne a été rempli en ligne par les participants pour recueillir les données qualitatives de l'étude.

Les questions étaient formulées en utilisant l'approche centrée solution :

- formulées en terme de différences utiles
- formulées pour explorer les meilleurs espoirs
- formulées pour permettre aux personnes de conscientiser les acquisitions et leurs bénéfices présents et futurs
- formulées le plus souvent au futur et non au conditionnel pour permettre des réponses projectives. Les questions n'étaient délibérément pas orientées vers le bégaiement ou la fluidité pour permettre aux participants de se faire une idée plus globale et ainsi contracter leurs meilleurs espoirs.

Les questions étaient les suivantes :

1/Qu'aviez-vous comme espoir avant le début de cette étude ? Quelles perspectives de changements aviez-vous?

2/Avec quoi repartez-vous d'utile (apprentissages, compétences, savoir-faire, autre...) ?

3/Quelles différences utiles ces apprentissages vont-ils permettre maintenant ?

4/Quelles différences utiles ces apprentissages vont-ils permettre pour demain ? Qu'est-ce que cela va pouvoir ouvrir comme possibles ?

5/A travers ces séances qu'avez-vous pu apprendre et/ou réassurer sur vous-même ? En terme de compétences, forces, habiletés, valeurs, objectifs « existentiels » ?

6/Concernant les séances : Parmi les questions, les façons de faire, les modalités utilisées, qu'est-ce qui a été le plus utile pour vous ? Qu'est-ce que cela a permis ?

7/Parmi les modalités de questionnement utilisées dans les séances pour aborder un problème, la ou lesquelles allez-vous continuer à utiliser par vous-même ? Qu'est-ce que cela vous permettra ?

Toutes les échelles ont été remplies entre mars 2021 et mai 2021.

C. Description de l'intervention

Après une présentation par téléphone de l'étude les participants ont fait le choix d'intégrer le programme. Cette intervention comprenait 5 séances d'une heure en visio. L'intervalle entre les séances a été régulier. Les rendez-vous ont eu lieu toutes les semaines. Deux participantes ont eu un écart de 15 jours (une qui l'a demandé et l'autre qui a eu le COVID).

A la suite de la 5^{ème} séance le temps T2 a été effectué à plus ou moins 30 jours afin que nous puissions récolter les données nécessaires à l'analyse des résultats.

Les séances individuelles ont été proposées par l'auteure de ce mémoire, orthophoniste en cours de formation à l'approche centrée solution dans le cadre du DU de psychologie positive et qui par ailleurs a accompagné en thérapie pendant plus de vingt années les personnes qui bégayaient.

1. La première séance

a) **Échelle ORS**

L'objectif de cette première séance est de construire la relation en servant la posture collaborative et la recherche d'affiliation c'est à dire « Rencontrer la personne plutôt que le problème ».

Avant même de commencer l'entretien l'échelle ORS est proposée, elle permet d'engager le participant dans un processus collaboratif et d'adapter les apports du thérapeute et du patient. Cette démarche collaborative permet de commencer à satisfaire les besoins psychologiques fondamentaux de connexion sociale.

b) « Le problem free talk »

(1) Objectif visé

Dès le début de la séance, des questions sur les centres d'intérêt du participant sont posées afin de mettre en évidence leurs qualités, ressources, forces.

(2) Processus utilisé pour cela

Lors de ce partage sur les centres d'intérêt du patient, le thérapeute montre de l'intérêt à la personne en posant des questions pour permettre au patient d'identifier ses ressources et ses forces et comment il s'en sert : La centration sur les forces et les ressources permet au patient de rechercher des capacités d'adaptation au problème ce qui soutient son besoin de compétence. Les conversations axées sur les solutions permettent de reconnaître les difficultés tout en donnant la priorité aux possibilités (O'Hanlon et Beadle, 1997).

(3) Type de questions utilisées

« Qu'aimez-vous faire, quels sont vos centres d'intérêt ? » « Quelles ressources mobilisez-vous pour cela ? » « Comment les utilisez-vous aujourd'hui ?, en quoi vous sont-elles utiles ?, quels sont les autres domaines où ces ressources vous sont utiles ? ».

Remarque

Habituellement lors de bilan de bégaiement, le thérapeute axe les questions sur les problèmes du patient : *« Quelles sont vos difficultés, qu'est-ce qui vous amène ici aujourd'hui ? »*

Le thérapeute prend donc la position d'un questionneur curieux et conduit le patient à s'exprimer : il s'agit du « problem free talk » (de Shazer, 1998).

Si le patient souhaite parler de son bégaiement c'est à dire du problème, il faudra s'attacher à poser des questions qui encouragent la discussion sur le changement et sur la solution. Par exemple : *« Je ne veux plus bégayer »*, la question serait : *« Qu'est-ce qu'il y aurait à la place ? »*, La réponse serait : *« avoir une parole fluide »*.

Nous explorerons le problème de façon descriptive et nous irons du côté de l'exploration des capacités d'adaptation de résilience pour permettre au participant de sortir d'une vision identitaire : *« je suis bègue »* à l'exploration des exceptions et des moments où le bégaiement ne se manifeste pas.

Le thérapeute accueille avec empathie les difficultés nommées par la personne et peut poursuivre avec des questions de résilience pour faire émerger les ressources mobilisées par la personne dans ses contextes de difficultés.: *« Qu'est-ce qui vous aide le plus à ce moment-là ? »*

c) Affiliation, meilleurs espoirs et Projet commun

(1) Objectif visé

Il s'agit d'identifier ce que souhaite voir la personne de différent du fait de l'accompagnement. Ce travail permet d'orienter la personne vers l'avenir, ce qui contribue à donner espoir et cela permet à la personne d'autodéterminer la direction du travail. Le thérapeute établit avec son patient une relation de collaboration et de co-expertise ce qui permet de soutenir le besoin de lien, de proximité sociale et le besoin d'autonomie présents dans la théorie de l'autodétermination.

(2) Processus utilisé pour cela

Cette étape illustre le changement de paradigme proposé par l'ACS qui est que cette approche travaille non plus sur l'hypothèse problème mais sur l'hypothèse solution. Le thérapeute pense que si la personne le sollicite par rapport à un problème ce n'est pas tant pour le résoudre (Hypothèse problème) mais bien car elle doit espérer que quelque chose en résultera, elle doit espérer parvenir à un état de choses futur différent. Les patients commencent à visualiser les possibilités et à quoi ressembleront les choses lorsqu'ils auront effectué ces changements.

(3) Type de questions utilisées

« Quels sont vos plus grands espoirs par rapport à nos séances ? A quoi verrez-vous qu'elles auront été utiles ? », « vos meilleurs espoirs sont donc si je comprends bien de parler de façon plus fluente c'est bien cela? ».

d) Définir le futur préféré à l'aide de la question miracle (ou la question du lendemain)

(1) Objectif visé

La description du futur préféré permet au patient d'explorer et de vivre tous les bénéfices des changements souhaités et de créer une modification émotionnelle car elle amplifie l'espoir et la motivation du patient. Elle est posée à partir de ce qui vient d'être défini avec le client dans le projet commun

(2) Processus utilisé pour cela

Pour obtenir cela, le thérapeute interroge le participant en lui proposant « la question miracle »

(3) Type de questions utilisées

"Supposons qu'après notre conversation d'aujourd'hui, vous rentriez chez vous et que, lorsque vous vous endormez ce soir, un miracle se produise... vos meilleurs espoirs (en nommant ceux identifiés par la

personne) sont réalisés (mais parce que vous dormez, vous ne savez pas que le miracle s'est produit..... Lorsque vous vous réveillerez demain matin, quel sera le premier petit signe que vous remarquerez à propos de vous-mêmes qui vous fera dire que le miracle s'est produit ? » (de Shazer, 1988)

e) Identifier les exceptions et les exemples

La notion **d'exception** est caractérisée par les moments où les troubles sont moins présents ou absents, la personne arrive mieux à y faire face.

Les **exemples** permettent d'explorer des « morceaux » aussi petits soient-ils du Futur préféré (tel que défini par la personne à la suite de la question miracle) déjà existants soit dans le présent de la personne soit dans son passé.

(1) Objectif visé

Le thérapeute explorera toutes les ressources déjà présentes dans ses expériences passées et présentes qui sont en lien avec son Futur préféré. Cela permet à la personne de se prouver qu'elle dispose des ressources, des forces et des capacités nécessaires pour apporter les changements requis, qu'elle a déjà mis en place des solutions efficaces à son problème (ou pour rendre présent son futur préféré même un tant soit peu (notion d'exemple) et qu'elle sait déjà ce qui fonctionne (Milner & Bateman, 2011). Elle augmentera ainsi son sentiment d'auto-efficacité. Ces recherches permettent de reconnaître des différences satisfaisantes et des réussites qui augmentent le sentiment de compétence du patient.

(2) Processus utilisé pour cela

Plutôt que d'encourager les clients à décrire leurs problèmes en détail et à tenter d'identifier les causes à traiter ensuite, la pratique orientée sur les solutions demande explicitement aux personnes de se demander quand les choses vont mieux et quand elles ont été meilleures, ce qui permet de générer de l'espoir et un sentiment de possibilité en reconnaissant ces exceptions (Blundo et al., 2014))

(3) Type de questions utilisées

« Quels morceaux, aussi petit soit-il, de (votre futur préféré) avez-vous remarqué le plus récemment ? »

« Quels sont les moments où le problème est un peu moins présent voire absent? Où les choses sont un peu moins pire? »

« Qu'est ce qui est différent dans les moments où cela se produit ? « Quels sont les moments où vous vous approchez le plus de cette fluidité dans votre parole ? »

f) Échelle de progrès par rapport au futur préféré

(1) Objectif visé

Les questions d'échelle ne sont pas utilisées pour mesurer l'ampleur d'un problème, mais plutôt pour déterminer où se situe un client sur l'échelle par rapport à son futur préféré, pour reconnaître les mesures qu'il a déjà prises, ce qui lui permet de se situer à ce point et d'identifier les prochaines petites étapes de changement (George et al., 1999).

(2) Processus utilisé pour cela

Exemple : 0 = ne pas parler du tout et 10 = parler autant que je le voudrais. L'exploration commence par l'identification par la personne de ce qui lui permet, en termes de ressources, d'être à l'endroit où elle se situe sur l'échelle : ses compétences, actions, solutions mobilisées.

Vient ensuite l'identification par la personne de ce qui serait présent en plus dans le chiffre suivant et l'exploration des bénéfices de cette ou ces différences.

(3) Type de questions utilisées

« *Qu'est-ce qui vous a permis de passer de 0 à « n » ?* »

« *Comment avez-vous fait ?* »

« *Qu'est-ce que cela dit sur vos qualités, vos ressources ?* »

« *Qu'est-ce que cela dit de ce qui est important pour vous ?* »

« *Que remarqueriez-vous qui vous ferait dire que vous êtes un peu plus haut sur l'échelle ?* »,

« *Qu'est-ce que cela permettrait ? Pour vous ? Pour les autres ?* »

Ces questions permettent d'identifier les plus petits pas possibles. L'identification de ce pas par le client répond au besoin d'autodétermination et amplifie par l'exploration des bénéfices repérés la motivation.

g) Fin de séance : Synthèse appréciative

(1) Objectif visé

La fin de séance permettra la validation de ce qui est déjà bien effectué en venant reprendre les compliments que la personne a pu se faire à elle-même en répondant aux questions de type compliment indirect. Le thérapeute renommara les compétences, qualités et forces conscientisées pendant la séance par la personne, s'attachant en particulier à celles liées à son futur préféré.

(2) Processus utilisé pour cela

Les compliments et le feed-back positif permettent une augmentation de la motivation intrinsèque ; le patient est renseigné sur ses compétences ce qui soutient le besoin de compétence de la TAD.

Les questions projectives permettent à la personne de se visualiser dans un futur proche, elle permettra de faire découvrir à la personne comment elle pourra utiliser ces nouvelles connaissances et ce que cela servira d'important pour elle. Cela permettra d'accroître sa motivation.

(3) Type de questions utilisées

Le patient répondra aux questions de type "compliment indirect" ex: « *comment avez-vous réussi à faire X ? / Quelles ressources avez-vous dû mobiliser pour cela? etc...* »

Les questions projectives sont par exemple : « *Avec quoi avez-vous envie de repartir de cette séance ?* »

« *Si vous repartez avec cela (connaissances, prise de conscience etc.) qu'est-ce que cela pourrait permettre d'utiliser pour demain ? qu'est-ce que cela pourrait ouvrir comme possible ?* »

h) Échelle SRS

L'échelle SRS sera remplie à la fin de cette première séance. Le patient remplira les 4 lignes en cochant là où il se situe (relation, objectifs de travail, approche et méthode, qualité globale de la séance). En temps réel et très rapidement le patient et le thérapeute peuvent discuter de l'alliance thérapeutique et réajuster si besoin.

2. Les autres séances

a) Échelle ORS

L'ORS sera administré au début de chaque séance. Le patient devra se souvenir de sa semaine écoulée (ou de la période depuis la dernière visite) et remplir les 4 lignes en cochant là où il se situe.

Il existe trois cas de figure

- Soit cela va mieux
- Soit c'est pareil
- Soit c'est pire

b) Contenu des autres séances

(1) Objectif visé

Les séances permettent d'observer ce qui a été différent depuis le dernier rendez-vous à l'aide des questions d'approche centrée solution.

L'orientation du travail vise à soutenir et amplifier le changement. Pour cela le thérapeute questionne et explore les moindres progrès accomplis vers le futur préféré.

Des fenêtres thérapeutiques sur le travail de fluence ou la gestion du temps ont permis aux participants de travailler des aspects plus techniques de leur prise de parole.

(2) Processus utilisé pour cela

Le thérapeute pose des questions pour permettre au patient

- De repérer les ressources qu'il a activées pour opérer ces changements
- De repérer des petites améliorations : des exceptions au problème ou des exemples de ce qu'il souhaite.

Si c'est pire le thérapeute va interroger la personne sur les moments les plus difficiles pour la rejoindre dans sa difficulté, puis poursuivre sur des questions de résiliences pour la contacter à ses ressources.

(3) Type de questions utilisées

« Quoi de mieux depuis notre dernière séance ? » « Quelles sont les différences que vous voudriez voir se maintenir depuis notre dernière séance ? » « En quoi consiste cette amélioration ? »

« Quelles sont les petites améliorations que vous voudriez voir se reproduire et durer un peu plus longtemps ? »

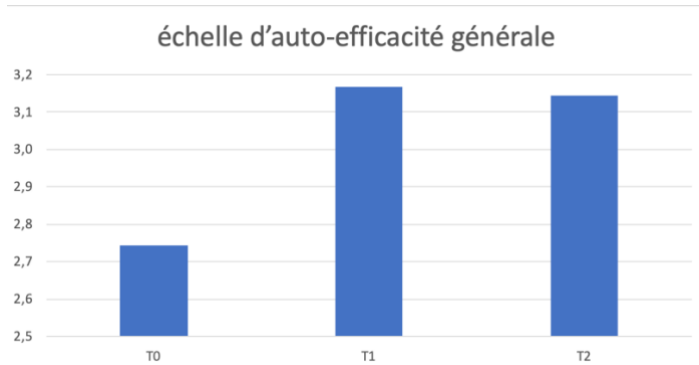
« Comment avez-vous tenu le coup ? » « Qu'est ce qui a marché même un tout petit peu, »

c) Échelle SRS

Comme à la première séance, cette échelle permettra un réajustement entre le thérapeute et le patient à la fin de chaque rendez-vous.

VI. Résultats

A. Échelle d'auto-efficacité



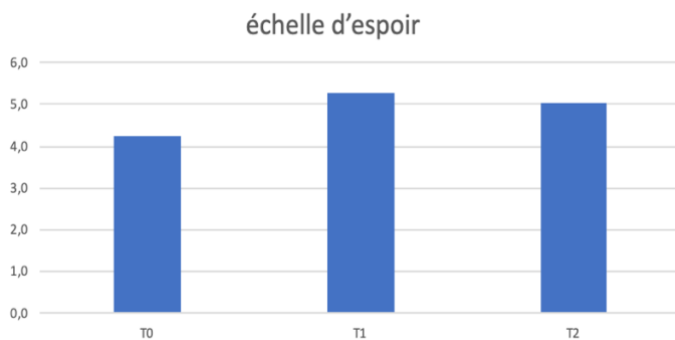
échelle d'auto -efficacité générale	T0-T1	T0-T2
P-Value	0,000073735	0,00095931

L'augmentation est statistiquement **très significative** pour l'échelle d'auto-efficacité

La P value entre T0 et T1 : $p < 0,001$

La P value entre T0 et T2 : $p < 0,001$

B. Échelle d'espoir



échelle d'espoir	T0-T1	T0-T2
P-Value	0,000891826	0,006343464

L'augmentation est statistiquement **très significative** pour l'échelle d'espoir

La P value entre T0 et T1 : $p < 0,001$

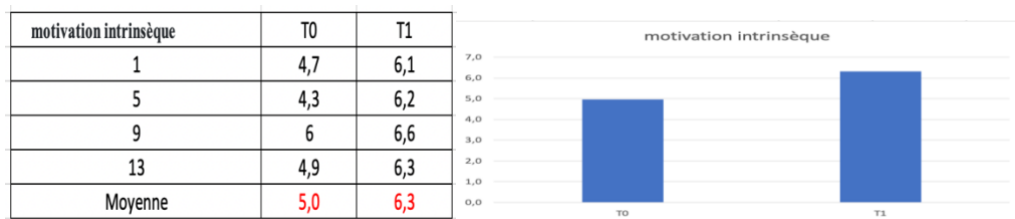
La P value entre T0 et T2 : $p < 0,001$

C. Échelles de Motivation situationnelle

L'objectif de la SIMS est de déterminer quel type de motivation régule les comportements d'un individu durant une activité.

1. La motivation intrinsèque

Les items 1, 5, 9 et 13 se rapportent à la motivation intrinsèque (meilleur type de régulation, grand sentiment d'autonomie),



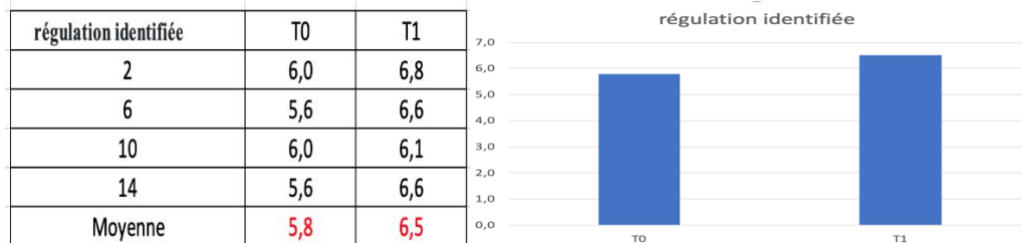
motivation intrinsèque	T0-T1
P-Value	0,017520887

L'augmentation est statistiquement **significative** pour l'échelle de motivation intrinsèque

La P value entre T0 et T1 : $p < 0,05$

2. La régulation identifiée

Les items 2, 6, 10 et 14 se rapportent à la régulation identifiée (bon type de régulation, sentiment d'autonomie élevé),



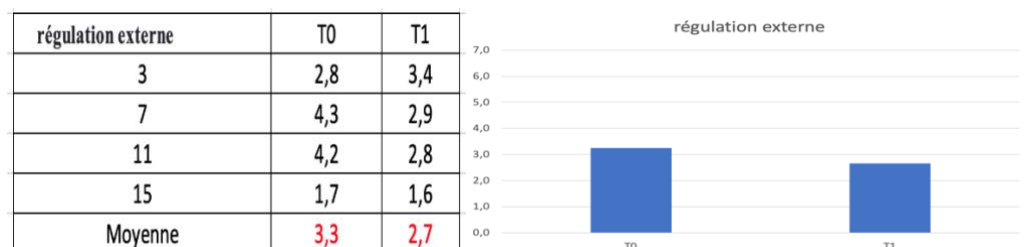
régulation identifiée	T0-T1
P-Value	0,041424185

L'augmentation est statistiquement **significative** pour l'échelle de régulation identifiée

La P value entre T0 et T1 : $p < 0,05$

3. La régulation externe

Les items 3, 7, 11 et 15 se rapportent à la régulation externe (mauvais type de régulation, sentiment d'autonomie faible),

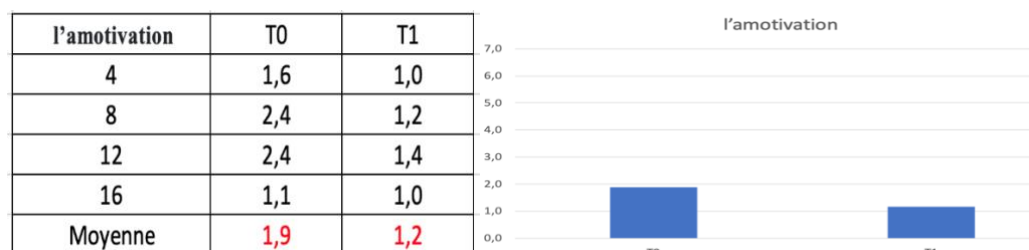


régulation externe	T0-T1
P-Value	0,345130806

Pour la régulation externe, il y a une baisse de la régulation externe. Cette baisse est un bon indicateur même si elle n'est pas significative statistiquement.

4. L'amotivation

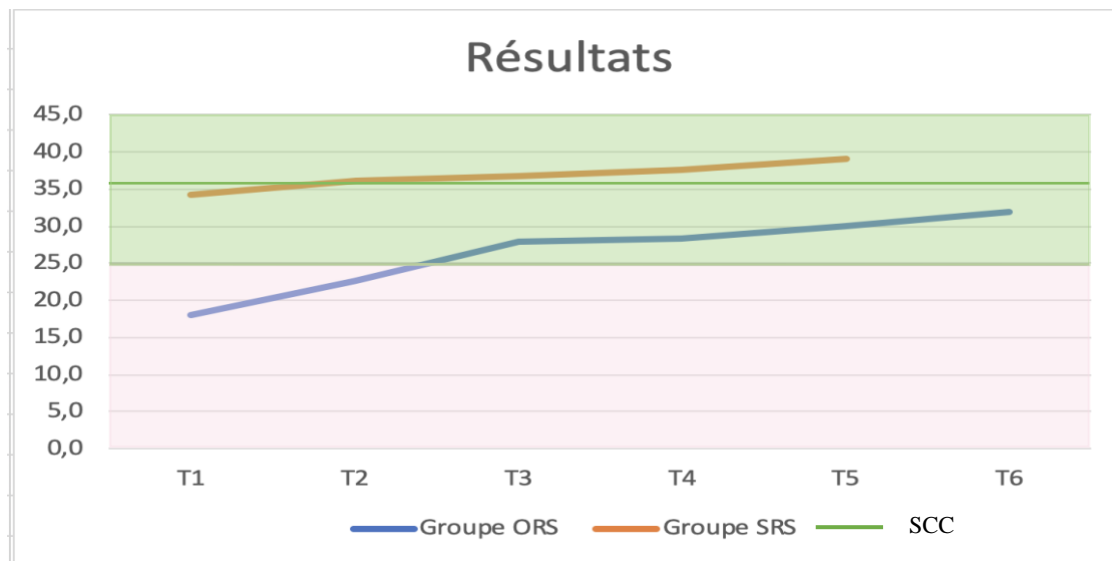
Les items 4, 8, 12 et 16 se rapportent à l'amotivation (aucune régulation).



l'amotivation	T0-T1
P-Value	0,060930743

Pour l'amotivation, il est intéressant de noter qu'il y a eu une baisse. Cette baisse est à nouveau un bon indicateur même s'il n'y a pas eu d'évolution significative statistiquement.

D. Échelle ORS – Échelle SRS



On note une évolution croissante de la courbe ORS pour la moyenne des participants.

Les résultats au temps T1 sont sous le seuil clinique de 25

Il y a un pic au temps T3

Au temps T6 (1 mois après T5) les résultats continuent à augmenter

La partie rose est sous le seuil clinique de l'ORS (25). Les personnes qui obtiennent ce score ressemblent à celles qui suivent une thérapie et qui sont à la recherche d'un changement.

Le vert est au-dessus du seuil clinique de l'ORS (25). Les personnes qui obtiennent ce score sont plus typiques des personnes qui ne sont pas en thérapie et dont la vie est fondamentalement correcte.

Le SCC : C'est le seuil clinique du SRS qui est de 36. Cela signifie que tout score inférieur à 36 doit faire l'objet d'une discussion, en particulier l'échelle la moins bien notée par le client. Si le client obtient un score élevé, il s'agit de lui demander ce qu'il a aimé afin de pouvoir continuer à le faire.

E. Questionnaire qualitatif

1/Qu'aviez-vous comme espoir avant le début de cette étude ? Quelles perspectives de changements aviez-vous?

Les espoirs étaient différents selon les participants

- ⇒ 3 d'entre eux étaient curieux de connaître cette approche, intéressés par le terme « positif », pour cultiver plus de bienveillance envers soi et essayer une nouvelle « méthode qui serait bénéfique »
- ⇒ 4 personnes avaient des espoirs plus en lien avec leur bégaiement : « ne plus bégayer », « avoir une parole fluide », « travailler sur les causes », « pouvoir échanger », « moins

souffrir », « dire ce que je pense » 2 des quatre personnes souhaitaient s'appuyer sur une réorientation positive.

⇒ Les deux autres ont évoqué des attentes plus globales « du soutien, des changements », « être plus en harmonie avec moi-même et laisser le temps au temps. »

2/Avec quoi repartez-vous d'utile (apprentissages, compétences, savoir-faire, autre...)?

⇒ Une prise de conscience des raisons pour lesquelles cela devrait aller mieux (ressources personnelles, forces) pour les 9 personnes : par exemple F. cite : « *mes qualités comme par exemple être à l'écoute des gens et de leur donner une solution possible, l'audace dans les conversations avec mon entourage.* », ou encore « *Une liste de qualité qui me redonne confiance en moi et en mes compétences.* » et réfléchir à d'autres solutions

⇒ Une réorientation attentionnelle pour 5 participants, en pensant non à la difficulté mais aux moments où la parole a été facile et la réorientation attentionnelle vers tous les moments satisfaisants de la journée

⇒ Des mots-clefs, des mots-guides : « *naturel, spontanéité, s'assumer, baisser le pont-levis, abattre les remparts, laisser vrombir le moteur de la parole.* »

⇒ la bienveillance envers moi-même... citée par 5 personnes, « *L'existence d'un autre chemin, un chemin de bienveillance que je me trace par le biais de petits pas* », « *Une nouvelle démarche pour prendre soin de moi et des autres.* »

⇒ 5 personnes évoquent la confiance en soi : « *Je dois chercher une paix intérieure qui me permettra bien-être, spontanéité et confiance en moi.* »

⇒ 2 personnes évoquent des outils plus techniques comme le rapport au temps, le délai de réponse.

3/Quelles différences utiles ces apprentissages vont-ils permettre maintenant ?

Les réponses à cette question se rassemblent en trois catégories identifiées dans l'étude de Berquez et all. (2014)

Le développement des compétences en matière de communication sociale : « *Voir que j'ose, j'agis, j'essaye, et ne pas voir l'aspect négatif comme « j'ai beaucoup bégayé ».*

Le développement des compétences cognitives-émotionnelles : accroître la confiance, gérer les pensées négatives, renforcer la résilience. : « *Je suis fière de moi et me sens prête à vivre ma vie de manière plus sereine, à lâcher prise et accepter celle que je suis devenue. Je me rends compte aujourd'hui de tout ce que j'ai accompli jusqu'à maintenant, je suis fière de moi et mon parcours de vie. J'ai pris confiance en moi et en l'avenir.* »

Le développement des stratégies de gestion de la parole : « *Meilleure prise de parole, moins d'appréhension et de peur de parler.* »

4/Quelles différences utiles ces apprentissages vont-ils permettre pour demain ? Qu'est-ce que cela va pouvoir ouvrir comme possibles ?

Les participants évoquent un plaisir de parler retrouvé, de meilleures relations sociales, un lâcher prise, plus de joie de vivre, de l'optimisme dans le futur ce qui conduit à une meilleure acceptation de soi, un meilleur bien être : *« être plus sincère avec moi, c'est une forme d'amour pour moi qui évolue. Comprendre que ça fait pleinement partie de moi et que je dois en prendre soin. »*

5/A travers ces séances qu'avez-vous pu apprendre et/ou réassurer sur vous-même ? En termes de compétences, forces, habiletés, valeurs, objectifs « existentiels » ?

Tous les participants ont pu évoquer leurs forces et leurs qualités avec facilité et comment ils allaient les utiliser à l'avenir pas à pas.

« J'ai fait l'expérience étrange de retrouver avec beaucoup de force une part déterminante de ma personnalité, il fut un temps, que j'avais en quelque sorte omise : celle du plaisir de parler, notamment en public. Je me suis aussi souvenu que je n'avais pas à craindre l'échange avec les autres, puisque je peux être - je suis - cordial, avenant, prévenant, etc., et que l'échange oral est pour moi, en lui-même et hors bégaiement, une occasion de joie. »

6/Concernant les séances : Parmi les questions, les façons de faire, les modalités utilisées, qu'est-ce qui a été le plus utile pour vous ? Qu'est-ce que cela a permis ?

La discussion bienveillante et l'écoute ont été utiles pour deux patients qui ont évoqué le cadre soutenant et rassurant et pour l'un d'entre eux l'approche centrée solution dans sa globalité. 4 participants ont souligné l'importance des questions successives qui invitaient à être plus concret, plus précis dans la description d'un état d'esprit positif ou d'une impression satisfaisante. Le mental était réorienté sur les succès et non les difficultés.

Avancer de petits pas en petits pas a été une modalité évoquée par trois d'entre eux, *« cela m'a permis de ressentir un sentiment de fierté et de réussite et c'était bien agréable. »*

7/Parmi les modalités de questionnement utilisées dans les séances pour aborder un problème, la ou lesquelles allez-vous continuer à utiliser par vous-même ? Qu'est-ce que cela vous permettra ?

- ⇒ La capitalisation des ressources
- ⇒ La réorientation de l'esprit/mental sur ce qui fait du bien
- ⇒ L'acceptation de soi
- ⇒ L'accomplissement
- ⇒ L'écoute de soi

VII. Discussion

Le but de cette étude était de voir si l'utilisation de l'approche centrée solution avait un impact sur l'auto-efficacité, l'espoir et la motivation de la personne qui bégaie et si le taux d'attrition était plus faible.

Pour ce faire nous avons comparé les réponses des participants à des items d'une échelle d'espoir et une échelle d'auto-efficacité avant le début du premier entretien et à l'issue des 5 entretiens, puis un mois après.

Pour l'échelle de motivation situationnelle nous avons comparé les résultats avant le premier entretien et avant le cinquième.

Nous avons aussi utilisé une échelle ORS à chaque début des 5 entretiens et une échelle SRS à la fin de chaque entretien.

Enfin les participants ont répondu à des questions qualitatives à l'issue des 5 rendez-vous.

Les résultats montrent qu'il y a eu une augmentation du sentiment d'espoir et d'auto-efficacité durant les 5 rendez-vous ; ainsi qu'une augmentation du bien-être général.

A. L'auto efficacité

Les résultats obtenus à l'échelle d'auto-efficacité confirment l'hypothèse 1 (l'approche centrée solution devrait avoir un impact favorable sur l'auto-efficacité de la personne qui bégaie et son implication dans le projet thérapeutique.), l'utilisation de l'approche centrée solution a eu un impact favorable sur ce sentiment chez la PQB.

Nous faisons l'hypothèse que comme les solutions au problème de bégaiement sont élaborées à partir des ressources de la personne, l'approche centrée solution a permis de renforcer la confiance que la PQB a et a favorisé son engagement dans les séances. Les patients ont plus confiance dans leur progrès. Ils identifient leurs forces et ce qui fonctionne ce qui développe leur confiance. Les participants de l'étude ont évoqué un engagement plus optimiste dans différentes situations de communication. Extrait de réponse au questionnaire qualitatif : « *Voir que j'ose, j'agis, j'essaye* ».

Les PQB développent souvent des attitudes négatives à l'égard de leur prise de parole, ce qui a des implications importantes sur leur bien-être général. Ils sont parfois sujets à des moqueries ou des taquineries de la part de leur entourage ce qui peut entraîner une baisse de l'estime de soi et souvent un repli. A l'adolescence et à l'âge adulte il existe une forte coexistence du bégaiement et des troubles anxieux (Menzies, Onslow et Packman, 1999), il est donc important que ce sentiment d'auto-efficacité puisse se développer. Cette étude vient confirmer l'étude de Wehr, T. (2010) Marie Carmen Neipp et al. (2015) ; Grant, A. M., & O'Connor, S. A. (2010) ; Grant (2012) qui indique un impact significativement plus favorable sur le sentiment d'auto-efficacité avec des questions centrées solution vs centrées problème.

B. La motivation par rapport au dispositif proposé.

L'hypothèse 2 (L'approche centrée solution devrait avoir un impact favorable sur la motivation de la personne qui bégaye à suivre le dispositif proposé) est en partie vérifiée, mais de façon intéressante car par rapport au dispositif proposé : la motivation intrinsèque et la régulation identifiée augmente de façon significative alors que la régulation externe et l'amotivation diminue parallèlement ce qui donne l'indication d'un même mouvement positif parlant d'un intérêt allant grandissant pour le dispositif . Nous pouvons noter que les seuils initialement très bas d'amotivation et de régulation externe (en T0) viennent expliquer certainement que même s'ils baissent favorablement en T1 la baisse ne soit pas significative.

Les participants à l'étude étaient tous volontaires et engagés pour participer à cette étude. Les participants ont pu identifier ce qui étaient importants pour eux dans le présent et dans le futur. L'approche centrée solution donne les moyens au patient d'être acteur de sa prise en charge ce qui augmente sa motivation à poursuivre sa thérapie. L'utilisation dans le processus du feed-back (facteur d'efficacité de l'accompagnement) permis par les deux échelles ORS et SRS a participé à ce renforcement de motivation puisqu'au pas à pas ces deux échelles permettent de repérer l'intérêt du dispositif sur le bien-être et l'ajustement de ce qui est travaillé ainsi que de la relation. Tout ceci permettant une influence positive par la personne sur processus thérapeutique et renforce la confiance qu'il place en lui pour gérer et faire diminuer son bégaiement.

Ces résultats confirment que le niveau le plus élevé d'autodétermination se trouverait au niveau de la Motivation intrinsèque, alors que le niveau le moins élevé serait au niveau de l'a-motivation. Selon Deci & Ryan, (2000) il existe trois besoins psychologiques fondamentaux comme base de l'automotivation et de l'intégration de la personnalité

Le premier de ces besoins est le *besoin d'autonomie* : les questionnements utilisés en ACS, l'alliance thérapeutique créée, le futur préféré, les plus petits pas possibles ont permis aux participants d'être acteur de la thérapie. Cette nouvelle approche de posture professionnelle engendre un engagement de la personne, une confiance dans ce qui est proposé et une visualisation de changements qui est rendue possible. Le postulat pour l'orthophoniste est que le patient est « compétent » et qu'il a les ressources en lui.

Un deuxième besoin psychologique est le *besoin de compétence* : les patients ont exprimé à l'issue des 5 séances leurs forces et leurs ressources identifiées pendant les rendez-vous. Les exceptions et les succès passés ont permis de les renforcer. Extrait de réponse au questionnaire qualitatif : « *Capitaliser sur chaque réussite, de "mettre en banque" tous les succès obtenus, ou plutôt tous les moments de bonheur en parole* ».

Le troisième est le *besoin de relation* : Les personnes ont évoqué leur pouvoir d'agir et leur volonté de nouer plus de relations sociales. Le recadrage qui consiste à suggérer à la personne une interprétation positive d'état ou de comportements en lieu et place de l'interprétation négative qu'elle en fait, est un processus important de cette approche, c'est un facteur de changement, voire de progression pour le patient. Il est à noter que les participants ont exprimé des difficultés de compréhension de certaines formulations en remplissant cette échelle.

C. L'espoir

Les résultats obtenus confirment l'hypothèse 3 selon laquelle l'approche centrée solution devrait avoir un impact favorable sur l'espoir de la personne qui bégaie.

En demandant aux patients ce qui leur sera utile en faisant les cinq séances, et en leur demandant de préciser leurs meilleurs espoirs, ils élargissent leur perspective par rapport au travail thérapeutique. Ils sont encouragés à envisager leur vie lorsqu'ils seront plus à l'aise et que leur parole sera plus fluide. Cela les aide à visualiser des changements sur leur façon de communiquer dans différentes situations et leur permet de ne pas se concentrer uniquement sur l'aspect moteur de leur parole. L'orientation intentionnelle des séances vers ce que le patient veut s'aligne étroitement avec les bases de la théorie de l'espoir de Snyder « les actions humaines sont dirigées vers un but. » (2002, p250).

Extrait du questionnaire qualitatif : « *C'est un état d'esprit, avoir ce regard sur l'autre chemin que je ne prends pas habituellement. Prendre de la hauteur, pour comprendre ce qui se passe en moi et le reproduire dans différentes situations.* »

Les espoirs ne portent pas uniquement sur la fluidité de la parole mais la différence que cela ferait d'être plus fluide. Le style de questionnement spécifique à l'ACS a aidé les participants à se concentrer sur ce qui fonctionnait bien et sur la différence que cela faisait. A mesure que les personnes se concentraient sur les petits changements, ils étaient plus à même d'en remarquer d'autres et s'attendaient même à d'autres changements. Dans le cadre du bégaiement où les problèmes sont souvent ancrés, l'approche centrée solution a permis de remarquer des exceptions au problèmes ; ces exceptions pouvaient être des moments où les PQB s'attendaient à ce que le problème se produise mais cela n'avait pas été le cas, extrait du questionnaire qualitatif : « *Je me voyais parler de façon fluide et je m'étonnais moi-même de parler ainsi...»*

L'espoir des patients a augmenté au cours des séances car les petits changements sur lesquels l'ACS s'est focalisée ont pu être ainsi mieux observés par les personnes prenant ainsi plus de valeur pour eux et leur permettant de renforcer leur engagement pour la suite. Les PQB grâce au questionnement ACS s'attribuent la responsabilité du changement et développent leur locus de contrôle interne, dont on a constaté qu'il était un facteur important pour maintenir les progrès à la suite d'une thérapie pour adultes bègues (Nicholas, 2015).

L'orthophoniste communique un sentiment d'espoir et cet espoir qu'elle met dans le changement est un facteur important car il crée la motivation chez elle et engage sa confiance dans l'alliance. L'orthophoniste et le patient sont observateurs des changements dans un chemin commun.

Extrait du questionnaire qualitatif : « *m'accepter, accomplir de belles choses, grandir et vivre pleinement* »

D. Le taux d'attrition – le feed-back

Les résultats à l'échelle ORS indique une augmentation croissante du sentiment de bien-être ; les participants ont des résultats en dessous du seuil de 25 lors des deux premières séances. On observe à partir de la troisième séance une augmentation significative des performances. La moyenne des résultats obtenus est supérieure à 25 à partir de la troisième séance et jusqu'à la cinquième séance ce qui confirme bien l'impact favorable de l'ACS sur le bien-être des personnes. Le bien-être perdure au-delà de la fin de l'intervention puisque les résultats un mois après montre encore une légère augmentation. Ces résultats sont corrélés avec les résultats obtenus à l'échelle d'auto-efficacité et d'espoir.

Le feed-back par l'intermédiaire des échelles ORS et SRS sont des médiateurs pour échanger avec le thérapeute et représente un support pour nourrir les échanges et réflexions avec le patient, faire le point et être à l'écoute des ressentis. Les deux échelles entrent dans un processus ACS et permettent un ajustement au cours des séances. Le taux d'attrition a été nul pendant ces séances.

E. Critiques

Une critique pourrait être que cette approche serait trop tournée vers l'optimisme et les meilleurs espoirs ce qui pourrait décourager certains patients. En effet les PQB viennent chercher en thérapie des solutions pour « ne plus bégayer », « parler normalement ». Ils pourraient être déçus de ne pas parler de leurs problèmes. En réalité l'approche centrée solution ne nie pas le problème et les difficultés, les conversations ACS donnent de la place aux difficultés tout en hiérarchisant les possibilités (O'hanlon et Beadle, 1997). Durant les séances, il a été important de reconnaître, d'encourager et d'explorer comment le patient utilisait ses ressources et ses forces au moment des difficultés.

Bien que les participants aient augmenté leur espoir, leur auto efficacité et leur bien-être général pendant ces séances, ils avaient mis beaucoup d'espoir et d'attentes dans cette proposition de nouvelles thérapie. Le contexte de ce mémoire sur l'ACS ne prenait pas en compte l'efficacité du traitement par rapport au bégaiement, il cherchait à mesurer l'auto-efficacité, la motivation et l'espoir des personnes concernées. Par ailleurs, il n'y avait pas de groupe contrôle et l'échantillon était petit. Un effectif de plus grande taille aurait permis de valider plus fortement dans leur validité les statistiques présentées dans cette étude.

Autre observation critique : Les adultes qui ont participé à cette étude avaient pour certains déjà fait des séances de rééducation et n'étaient pas « vierges » de toutes expériences thérapeutiques. Deux participantes ont continué des séances d'EMDR ou de psychothérapie en parallèle de l'étude, ce qui a pu biaiser certains résultats.

Les adultes étaient engagés pour 5 cinq séances ce qui est insuffisant dans un cadre thérapeutique, il serait intéressant d'avoir une étude longitudinale avec un suivi plus long. En ACS le nombre de séances est maîtrisé par la personne car elle est experte de sa thérapie. A la fin de chaque séance, le thérapeute demande à la personne si elle souhaite poursuivre. Ici le nombre de séance a été arbitrairement décidé par l'intervenant.

Enfin la formation suivie en ACS pour réaliser cette étude a été courte car dans le cadre de ce DU, il serait intéressant de pouvoir la poursuivre pour mener de futurs entretiens.

VIII. Conclusion

Cette étude a permis d'analyser l'intérêt et la place de l'approche centrée solution dans la prise en charge orthophonique des adultes qui bégaiement. L'analyse des résultats des questionnaires a mis en évidence un impact très significatif sur l'auto-efficacité et l'espoir et significatif sur la motivation qui sont considérés comme utiles dans la thérapie du bégaiement par les orthophonistes et les patients bégues. Cette étude a révélé aussi combien les résultats observés sur le bien-être, par l'intermédiaire de l'échelle ORS, ont été croissants. L'apport principal de l'ACS est la prise de conscience du trouble en affrontant la réalité afin de se désensibiliser et de prendre conscience de ses compétences et ses ressources.

Cette approche est plus largement utilisée dans les pays anglo-saxons, au Québec et dans les pays d'Europe du Nord, elle reste assez confidentielle en France. Un des principaux objectifs de ce travail est donc aussi pour nous de venir en éclairer toute la pertinence.

Selon Jean Paul Durand, « *L'approche centrée solution offre un socle philosophique permettant d'étayer un cadre théorique à partir duquel se déploient une pratique et des outils* » qui correspondent largement aux constats ou aux recommandations de la psychologie positive.

L'utilisation de l'approche centrée solution est donc pertinente dans la prise en charge du bégaiement. D'éventuelles études ultérieures pourraient avoir pour objectif une évaluation à plus grande échelle et sur une durée de séances plus importantes.

L'objectif de ce travail était d'abord de faire connaître cette approche novatrice, puis de susciter un intérêt au plus grand nombre et enfin d'encourager les orthophonistes à se former et pratiquer afin d'aider au mieux les personnes qui bégaiement.

IX. Bibliographie et annexe

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Andrews, G., & Craig, A. (1982). Stuttering : Overt and covert measurement of the speech of treated subjects. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 47, 96-99.

Andrews, G., & Feyer, A.-M.. (1985). La thérapie comportementale fonctionne-t-elle toujours lorsque les expérimentateurs partent ? Une analyse d'un programme de traitement comportemental du bégaiement. *Behavior Modification*, 9, 443-457.

Bandura A. (1977). Auto-efficacité, vers une théorie unificatrice du changement de comportement, *Revue psychologique*, 84 (2), 191–215

Bandura, A. (1977b). Self-efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84, 191-245.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : The exercise of control*. New York : W.H. Freeman and Company.

Beilby, J. M., Byrnes, M. L., & Yaruss, J. S. (2012). Acceptance and commitment therapy for adults who stutter: Psychosocial adjustment and speech fluency. *Journal of Fluency Disorders*, 37(4).

Baldwin, S.A ; Wampold, B.E.; Imel, Z.E. (2007). “Untangling the alliance-outcome correlation ; exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance”, *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(6), 842-852.

Berquez A., Hertsberg N., Hollister J., Zebrowski P., Millard S. (2015). “What do children who stutter and their parents expect from therapy and are their hopes aligned?” *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 193, 25 – 36

Blomgren, M., Roy, N., Callister, T., & Merrill, R. M. (2005). Intensive Stuttering Modification Therapy. A Multidimensional Assessment of Treatment Outcomes. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 48(3), 509-523.

Blomgren, M., & Goberman, A. M. (2008). Revisiting speech rate and utterance length manipulations in stuttering speakers. *Journal of communication disorders*, 41(2), 159-178.

Blomgren, M. (2012). Review of the Successful Stuttering Management Program. *The Science and Practice of Stuttering Treatment*, 99-113.

Blundo Robert G., Kristin W. Bolton, and J. Christopher. (2014) *Hall Hope : Research and Theory in Relation to Solution-Focused Practice and Training* University of North Carolina at Wilmington.

Bohart, A.& Tallman K.; (2010) : Clients : the neglected common factor in psychotherapy, dans B; Duncan, S. Miller, B; Wampold, M. Hubble (sous la direction de), *The heart and soul of change : delivering what works* (2nd ed.), Washington DC, American Psychological Association Press, p83-112.

Beilby, J. M., Byrnes, M. L., & Yaruss, J. S. (2012). Thérapie d'acceptation et d'engagement pour les adultes qui bégaièrent : Adaptation psychosociale et fluidité de la parole. *Journal of Fluency Disorders*, 37(4), 289-299.

- Boyle, M. P. (2011). La formation à la pleine conscience dans la thérapie du bégaiement : Un tutoriel pour les orthophonistes. *Journal of Fluency Disorders*, 36(2), 122-129.
- Burgot H. (2013). Le rôle de l'orthophoniste dans l'intégration professionnelle de l'adulte porteur de bégaiement (mémoire d'orthophonie, Lille 2)
- Caprara, G.V., Steca, P., Cervone, D., Artistico, D., 2003. The contribution of self-efficacy beliefs to dispositional shyness : on social-cognitive systems and the development of personality dispositions. *Journal of Personality* 71 (6), 943-970.
- Carter A.K., Breen L. J., Beilby Janet M. (2019). Croyances d'auto-efficacité: expériences d'adultes qui bégaiement. *Journal trouble de la fluidité*.
- Chen, F., & Chou, H. W. (2005). Study of solution focused brief group counseling for low self concept locational high school students. *British Journal*, 13, 1-9.
- Coert F. Visser (2010). Self-Determination Theory Meets Solution-Focused Change: Autonomy, Competence and Relatedness Support in Action, Peer-reviewed Papers
- Craig, A. R., & Andrews, G. (1985). La prédiction et la prévention de la rechute après un bégaiement : The value of self-control techniques and locus of control measures. *Behavior Modification*, 9, 427-442.
- Craig, A. R. (1998). Relapse following treatment for stuttering : A critical review and correlative data. *Journal of Fluency Disorders*, 23, 1-30.
- Craig, A., Blumgart, E., & Tran, Y. (2009). L'impact du bégaiement sur la qualité de vie des adultes qui bégaiement. *Journal of Fluency Disorders*, 34, 61-71.
- Dafinoiu, I., & Vargha, J. L. (2005). Psihoterapii scurte. Strategii, metode, tehnici. Iași:Ed. Polirom.
- Dareau, S. (2012). Possibilités thérapeutiques pour l'adulte qui bégaie. (mémoire d'orthophonie, Université de Lorraine Poincaré, Nancy).
- De Almeida Carapato E., Petot J-M.(2004). L'intérêt clinique du concept d'efficacité personnelle. L'Harmattan « Savoirs » Hors série | pages 135 à 145
- Deci E.L., Ryan R.M., (2000), The “what” and “why” of goal pursuits : Human needs and the self determination of behavior, psychology inquiry.
- Delas Y., Martin-Krumm C., Fenouillet F. (2014) The hope theory: A review of the research.
- De Shazer, S. (2004). Claves en psicoterapia breve. Barcelone, Espagne : Gedisa S.A.
- De Shazer, S. ; Dolan, Y. (2007), More than Miracles, New York, Routledge. V.F. : Au-delà des miracles, Bruxelles, Editions Satas.
- De Shazer, S. (1985). Les clés des solutions dans la thérapie brève. New York : W.W. Norton.
- De Shazer, S. (1988). Clues : Investigating solutions in brief therapy. New York : W.W. Norton.
- De Shazer, S., & Dolan, Y. (2012). More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy. Routledge.

- Dezhbakhsh, P. (2010). The effectiveness of solution-focused counseling group therapy on the changes in life satisfaction and self-efficacy couples referred to counseling center in Boushehr. Master's Thesis.
- Dumont A.& Julien M. (2004). Le bégaiement, reconnaître et traiter chez l'enfant, comprendre et accepter ce trouble, enfant ou adulte mieux vivre avec ce trouble et le comprendre, Editions Solal, Saint-Amand-Montrond.
- Duncan, B. (2010a). On becoming a better therapist, Washington, DC, American Psychological Association.
- Duncan, B., Miller, S., Sparks, J. (2004) *The Heroic Client : A Revolutionary Way to Improve Effectiveness Through Client Directed Outcome informed Therapy* (revised ed.), San Francisco, Jossey-Bass.
- Duncan B., post face page 218. Alliance thérapeutique et thérapie brève. Le modèle de Bruges. Editions Erès Isebaert L., Cabié M. C., Delucci H. (2017).
- Emge, G., & Pellowski, M. W. (2019). Incorporation d'un exercice de méditation de pleine conscience dans un programme de traitement du bégaiement. *Communication Disorders Quarterly*, 40(2), 125-128.
- Enea V., Dafinoiu I. (2009). Motivational solution-focused intervention for reducing school truancy among adolescents. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, Vol. 9, No. 2, September 2009, 185-198.
- Estienne, F., Bijleveld, H. A. (2011). *Evaluer un bégaiement, un dialogue constructif*. Marseille. Editions Solal.
- Estienne, F., Bijleveld, H. A., & Van Hout, A. (2015). *Les bégaiements : Interprétations, diagnostics, thérapies-160 exercices*. Paris : Editions Elsevier Masson.
- Farnier J., Shankland R., Kotsou I., Inigo M., Rosset E., Ley C. (2021). Empowering Well-Being: Validation of a Locus of Control Scale Specific to Well-Being Ley. *Journal of Happiness Studies*.
- Fenouillet F. (2017). La place de la motivation dans la psychologie positive. *Martin Média, Le Journal des psychologues*, n° 347 | pages 73 à 76.
- Freud, D., Levy-Kardash, O., & Ezrati-Vinacour, R. (2019). Programme pilote combinant la thérapie d'acceptation et d'engagement avec la thérapie de modification du bégaiement pour les adultes qui bégaiement : Un rapport de cas. *Folia Phoniatria et Logopaedica*, 72, 290-301
- Guay F., Vallerand R. J., Blanchard C. (2000). On the assessment of situational intrinsic and extrinsic motivation: The situational motivation scale (SIMS). *Motivation and Emotion*, 24(3), p.175-213.
- Gayraud-Andel M., Poulat M.P. (2011). *Le Bégaiement, comment le surmonter ?*, Editions Odile Jacob, Courtry.
- Grant A. M., & O'Connor, S. A. (2010). The differential effects of solution-focused and problem-focused coaching questions: A pilot study with implications for practice. *Industrial and Commercial Training*, 42(2), 102–111.
- Grant A.M. (2012) Making Positive Change: A Randomized Study Comparing Solution Focused vs. Problem-Focused Coaching Questions. *J Systemic Therapies* 31(2): 21-35.

- Gravdal Kvarme L., Helseth S., Ragnhild S., Luth-Hansen V., Haugland S., Karin Natvig G. (2010). The effect of a solution-focused approach to improve self-efficacy in socially withdrawn school children: A non-randomized controlled trial, *International Journal of Nursing Studies*, Vol.47, num 11.
- Harley, J. (2015). Comblent le fossé entre la thérapie cognitive et la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT). *Procedia - Sciences sociales et comportementales*, 193, 131-140.
- Harley, J. (2018). Le rôle de l'attention dans la thérapie des enfants et des adolescents qui bégaiement : Thérapie cognitivo-comportementale et interventions basées sur la pleine conscience. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(3S), 1139-1151.
- Hatcher, R.L., Barends, A.W. (1996). "Patient's view of psychotherapy : Exploratory factor analysis of three alliance measures", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1324-1336.
- Harrison John C. (2011). « Redéfinir le Bégaiement : la vraie nature du combat pour s'exprimer », San Francisco, Words that Work.
- Heutte J. (2011). La part du collectif dans la motivation et son impact sur le bien-être comme médiateur de la réussite des étudiants : Complémentarités et contributions entre l'autodétermination, l'auto-efficacité et l'autotélisme. Education. Université Paris-Nanterre
- Howie, P. M., Tanner, S., & Andrews, G. (1981). Short- and long-term outcome in an intensive treatment programme for adults stutterers. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 46, 104-109.
- Humblo E. ; Lenormand C. (2013). Mémoire : « La place et l'intérêt des techniques d'auto-évaluation dans la prise en charge orthophonique des adultes qui bégaiement. »
- Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 195-213). Washington, DC: Hemisphere.
- Kelman E., Nicholas A. (2008)*Palin Parent-Child Interaction Therapy for Early Childhood Stammering*.
- Kelman, E., & Wheeler, S. (2015). La thérapie cognitivo-comportementale avec les enfants qui bégaiement. *Procedia - Sciences sociales et comportementales*, 193, 165-174.
- Lovett Lee G. (2021). « Bégaiement et Anxiété, Autoguerison : ce que m'ont appris plus de 1 millier de personnes qui bégaiement. »
- Loze C., (2016). Partenariat orthophonistes / neurologues dans la prise en charge du bégaiement et des troubles de la fluence de l'adulte. Production d'un dépliant informatif à l'attention des neurologues. (mémoire d'orthophonie, Lille)
- Martin-Krumm C., Delas, Y., Lafrenière, M. A., Fenouillet, F., & Lopez, S. J. (2015). The structure of the State Hope Scale. *The Journal of Positive Psychology*, 10, 272-281.
- Marks, R., Allegrante, J.P., Lorig, K., 2005. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability : implications for health education practice (Part II). *Health Promotion Practice* 6 (2), 148-156.
- Maxwell, D. (1982). Stratégies cognitives et comportementales d'autocontrôle : Applications for the clinical management of adult stutterers. *Journal of Fluency Disorders*, 7, 403-432.

- Menzies, R. G., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., St Clare, T., & Block, S. (2008). Un essai clinique expérimental d'un ensemble de thérapies cognitives et comportementales pour le bégaiement chronique. *Journal of Speech Language, and Hearing Research*, 51, 1451-1464.
- Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A., & O'Brian, S. (2009). La thérapie cognitivo-comportementale pour les adultes qui bégaient : A tutorial for speech-language pathologists. *Journal of Fluency Disorders*, 34(3), 187-200.
- Miller, S.D. ; Duncan, B.L. ; Brown, J. ; Sparks, J. ; Claud, D. (2003). “ The outcome rating scale : a preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of brief analog measure”, *Journal of brieftherapy*, 2(2), 91-100.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2005). *Interviul motivațional*. București : Agenția Națională Antidrog.
- Miller, S.D. (2012). *L'Outcome Rating Scale (ORS) et la Session rating Scale (SRS), cahier de recherches et pratique, vol.2 N°2*.
- Monfrais- Pfauwadel M-C. (2000). *Un manuel du bégaiement*, Editions Solal, Cahors.
- Neipp M-C, Mark Beyebach Rosa M. Nuñez, and Marie-Carmen Martinez Gonzalez (2015) The effect of solution-focused versus problem focused questions : a replication *Journal of Marital and Family Therapy* doi.
- Nicholas A. (2015). Solution focused brief therapy with children who stutter *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 193 209 - 216 215
- O'Hanlon, W. H., et Beadle, S. (1997). *Un guide de terrain au pays des possibilités : Possibility therapy methods*. BT Press.
- Onslow, M. (2015). *Stuttering and its treatment: Eleven lectures*.
- Orlinsky D.E., Ronnestad M.H., Willutzki U. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, new York, Wiley, p307-390.
- Packman A. (2012). Théorie et thérapie du bégaiement: une relation complexe. *Journal des troubles de fluidité*, vol. 37, n°4, p 225-233.
- Piérart B. (2018). *Neuropsychologie du bégaiement : De la compréhension au traitement*, Editions Mardaga
- Pont D. (2011). *Mémoire : « Évolution de la relation au patient au cours de l'expérience professionnelle de l'orthophoniste. »*
- Rey-Lacoste J. (2001). *Histoire d'un bégaiement*, Editions Masson, Liège, Belgique..
- Richard M., Ryan, Martin F. Lynch, (2011), *Motivation et L'autonomie dans le conseil, la psychothérapie et le changement de comportement : Un regard sur la théorie et la pratique*, le psychologue conseil.
- Rodgers N. H., Berquez A., Hollister J., Zebrowski P.M. (2020). *Using Solution-Focused Principles With Older Children Who Stutter and Their Parents to Elicit Perspectives of Therapeutic Change, Clinical Focus*

Rogers C. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: The study of a science: Formulations of the person and the social contexts*, pp. 184-256.

Sarvi Z.&Ghazi M. (2016) Effectiveness of Group Counseling with Solution Focused (Brief) Therapy (SFBT) on Increasing Self-Efficacy of Fifth Grade Primary School Female Students, *Modern Applied Science*; Vol. 10, No. 122016

S-franklin, C. & Kinn, J., (2009). Solution focused brief therapy in school. *Children and Youth Services*, 31(4), 464-470

Shankland R., Martin Benny M. (2017). La psychologie positive : de nouvelles pistes pour la prévention et l'accompagnement Dans *Le Journal des psychologues* 2017/4 (n° 346), pages 16 à 21

Seligman M. (2013). *S'épanouir*, Belfond

Simon A-M. (1999). *Paroles de parents, Prévention du bégaiement et des risques de chronicisation*, Editions L'Ortho édition, Hazebrouck.

Simon A-M. (2016). *Groupes thérapeutiques pour adultes et adolescents qui bégaiement*. Ortho édition.

Sisskin, V. (2018). La thérapie de réduction de l'évitement pour le bégaiement (ARTS). Dans B. J. Amster & E. R. Klein (Eds.), *More than fluency : The social, emotional, and cognitive dimensions of stuttering* (pp. 157-186). Plural Publishing.

Snyder, C. R., Simpson, S. C., Ybasco, F. C., Borders, T. F., Babyak, M. A., & Higgins, R. L. (1996). Développement et validation de la State Hope Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 321-335.

Snyder, C. R., Feldman, B. D., Shorey, H. S., & Rand, K. L. (2002). *Hopeful choices : Un guide pour les conseillers scolaires sur la théorie de l'espoir*. *Professional School Counseling*, 5, 298-307.

Tap P. (2010). *Maltraitance et résilience, (Proposé à Aprendizagem & Desenvolvimento, Lisbonne, revue de l'Institut Piaget, non encore publié)*, tapuscrit, 32p.

Vallée R. (2000), *La relation émotionnelle, approche thérapeutique du bégaiement par la musicothérapie*, Editions Ortho édition, Hazebrouck.

Van Hout A. et Estienne F. (2002), *Les bégaiements, Histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements*, Editions Masson, Liège, Belgique.

Wampold B. (2001). *The great psychotherapy debate*, Lawrence Erlbaum, NJ, USA

Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2004). Le bégaiement et la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) : An update. *Journal of Communication Disorders*, 37, 35-52.

Yaruss, J. S. (2010). Assessing quality of life in stuttering treatment outcomes research. *Journal of fluency disorders*, 35(3), 190-202.

Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2010). *OASES : Évaluation globale de l'expérience du bégaiement chez le locuteur*. Bloomington MN : Pearson Assessments.

Wehr, T. (2010). The phenomenology of exception times: Qualitative differences between problem-focussed and solution-focussed interventions. *Applied Cognitive Psychology*, 24(4), 467–480.

ANNEXE

Iceberg de Sheehan



