



HAL
open science

Etude de la relation thérapeutique dans le cadre du programme Lidcombe, auprès d'enfants d'âge préscolaire qui bégaiant

Margot Guimbard

► To cite this version:

Margot Guimbard. Etude de la relation thérapeutique dans le cadre du programme Lidcombe, auprès d'enfants d'âge préscolaire qui bégaiant. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03870237

HAL Id: hal-03870237

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870237v1>

Submitted on 24 Nov 2022

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



**DÉPARTEMENT
D'ORTHOPHONIE
NANCY**
Faculté de Médecine



FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY

**UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE
DÉPARTEMENT D'ORTHOPHONIE**

MÉMOIRE présenté pour l'obtention du

CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE

par

Margot Guimbard

soutenu le : **27 juin 2019**

**Etude de la relation thérapeutique dans le cadre du programme Lidcombe,
auprès d'enfants d'âge préscolaire qui bégaient**

Mémoire dirigé par : **Madame DAUBIE Catherine**
Orthophoniste, DU troubles de la fluence

Madame RIBEYRE Laurence,
Psychologue clinicienne, CHU Nancy

Président de jury : **Monsieur le Professeur MUSIOL Michel**
Professeur des universités en Psychologie,
Directeur adjoint de l'ATILF

Assesseur : **Madame DAILLY Elodie**
Médecin de PMI du territoire Terres de Lorraine

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord Monsieur le Professeur Michel MUSIOL pour avoir accepté de présider mon jury de soutenance.

Je remercie Mesdames Catherine DAUBIE et Laurence RIBEYRE pour avoir accepté de diriger ce mémoire. Leurs précieux conseils, ainsi que la bienveillance dont elles ont fait preuve tout au long de leur encadrement m'auront permis de mener à bien ce travail.

Je remercie Madame le Docteur Elodie DAILLY, pour avoir accepté d'occuper le rôle d'assesseur au sein de mon jury de soutenance.

Mes remerciements vont également aux orthophonistes ainsi qu'aux familles ayant pris le temps de participer à cette étude.

Je tiens enfin à remercier :

Caroline, Célia et Sophie, pour avoir occupé la « rangée du fond » à mes côtés ; mais aussi et surtout pour ces cinq années passées ensemble, qui laisseront des souvenirs suffisants à faire oublier les moments les plus difficiles. Merci à Camille, pour avoir été une filleule formidable, et à toutes mes camarades de promotion, qui ont rendu ces études agréables.

Merci à Mathilde, pour sa bonne humeur infaillible, sa disponibilité de tous les instants (presque), et pour notre amitié préservée malgré l'éloignement.

Je remercie infiniment tous les membres de ma famille, et tout particulièrement mes parents, Florence et Philippe, pour leurs encouragements, leur soutien, les mots rassurants et tous les kilomètres parcourus.

Enfin, je remercie Thibault d'avoir été là. Ces années étaient les plus stressantes, le meilleur est devant nous.

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné (e), Margot GUIMBARD, inscrit(e) à l'Université de Lorraine, atteste que ce travail est le fruit d'une réflexion et d'un travail personnels et que toutes les sources utilisées ont été clairement indiquées. Je certifie que toutes les utilisations de textes préexistants, de formulations, d'idées, de raisonnements empruntés à un tiers sont mentionnées comme telles en indiquant clairement l'origine.

Conformément à la loi, le non-respect de ces dispositions me rend passible de poursuites devant la commission disciplinaire et les tribunaux de la République Française.

Fait à Vandoeuvre les Nancy, le 27 juin 2019

Signature

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'G' followed by a vertical stroke and a diagonal line.

SOMMAIRE

Remerciements	
Sommaire	
Introduction	1
Partie 1 : Ancrage théorique.....	2
Chapitre 1 Le bégaiement.....	3
1 Généralités.....	3
1.1 Quelques chiffres du bégaiement.....	3
1.2 Historique et définitions	3
1.3 Des bégaiements	4
1.3.1 Le bégaiement développemental	4
1.3.2 Le bégaiement acquis	5
1.3.3 Le bégaiement présent au sein des tableaux cliniques de certains syndromes.....	5
2 Etiologie	6
2.1 Hypothèses étiologiques actuelles	6
2.1.1 Hypothèses génétiques et épigénétiques	6
2.1.2 Hypothèses neurologiques.....	7
3 Symptomatologie	10
3.1 La parole normale et ses disfluences	10
3.2 Les disfluences typiques de la parole bègue.....	12
3.3 Les comportements accompagnateurs du bégaiement.....	12
3.3.1 Manifestations verbales.....	13
3.3.2 Manifestations non verbales.....	13
Chapitre 2 Le cas particulier du bégaiement pour l'enfant d'âge préscolaire et sa famille	15
1 Un « parcours » du bégaiement.....	15
1.1 Développement du bégaiement chez le jeune enfant.....	15
1.2 Récupération spontanée versus chronicisation	16
2 Intervention Orthophonique	18
2.1 Une prise en charge précoce	18
2.2 Bilan, diagnostic et intervention orthophonique chez l'enfant avant 6 ans	19
3 Quatre Approches Thérapeutiques d'intervention précoce	21
3.1 Approche directes versus approches indirectes	21
3.2 L'accompagnement parental.....	21

3.3	Le programme des « demandes et capacités ».....	22
3.4	La « Parent Child Interaction Therapy » (PCI)	23
3.5	Le Programme Lidcombe	24
Chapitre 3 Le programme Lidcombe		25
1	Généralités.....	25
1.1	Présentation du programme et introduction en France	25
1.2	Les participants au programme et leurs rôles	25
2	Grands principes théoriques	26
2.1	Les thérapies cognitivo-comportementales et le conditionnement opérant.....	26
2.2	Les commentaires sur la parole de l'enfant	27
2.3	Les échelles de sévérité : mesures du bégaiement.....	29
2.4	Les changements induits en pratique francophone	30
3	Déroulement du programme.....	31
3.1	Un programme en deux phases.....	31
3.1.1	Phase 1.....	31
3.1.2	Phase 2.....	32
4	Preuves de l'efficacité du programme.....	33
4.1	A l'étranger.....	33
4.2	En France.....	34
5	Place de l'alliance thérapeutique	35
Partie 2 : Partie méthodologique		37
1	Cadre de l'étude.....	38
1.1	Présentation de la problématique.....	38
1.2	Présentation des Hypothèses	39
2	Population.....	39
2.1	Critères d'inclusion.....	39
2.2	Critères d'exclusion :.....	40
2.3	Recrutement :.....	40
2.4	Echantillons	41
3	Outils méthodologiques :	41
3.1	Un choix méthodologique : le questionnaire	41
3.2	Elaboration des questionnaires	42
3.2.1	Choix de la forme des questions	42
3.2.1.1	Les questions fermées	42
3.2.1.2	Les questions ouvertes	43

3.2.1.3	Les questions mixtes	44
3.2.2	Agencement des questionnaires	45
3.2.3	Pré-test et ajustements des questionnaires.....	46
3.2.4	Versions finales des questionnaires.....	46
3.2.5	Standardisation et diffusion des questionnaires	47
3.3	Mode de traitement des données.....	47
3.3.1	Présentation des données attendues.....	47
3.3.2	Analyse quantitative	48
3.3.3	Analyse qualitative	50
3.4	Précautions méthodologiques	50
3.4.1	Biais cognitifs.....	50
3.4.2	Biais Motivationnels	51
Partie 3 : Résultats.....		52
1	Analyse des questionnaires	53
1.1	Généralités	53
1.2	Vérification des critères d'inclusion.....	53
1.3	Caractéristiques des échantillons	53
1.3.1	Echantillon A :	53
1.3.2	Echantillon B.....	54
1.4	Analyse des résultats relatifs aux hypothèses	55
1.4.1	Hypothèse théorique 1 - HT1	55
1.4.2	Hypothèse théorique 2 – HT2	61
Discussion		67
1	Rappel de l'objectif de l'étude et traitement des hypothèses	67
1.1	Hypothèse Théorique 1 – HT1 : La relation établie entre les parents et l'orthophoniste occupe une place importante dans le programme Lidcombe	67
1.1.1	Hypothèse opérationnelle 1 – HO1	67
1.1.2	Hypothèse opérationnelle 2 – HO2	68
1.1.3	Hypothèse opérationnelle 3 – HO3 :	68
1.2	Hypothèse théorique 2 – HT2 : Les parents comme l'orthophoniste trouvent leur place dans cette définition horizontale de la relation thérapeutique.....	69
1.2.1	Hypothèse opérationnelle 4 – HO4	69
1.2.2	Hypothèse opérationnelle 5 – HO5	69
1.2.3	Synthèse :	70
2	Discussion de la problématique et intérêt de l'étude.....	71

3	Limites de l'étude.....	72
3.1	En lien avec la validation des hypothèses.....	72
3.2	En lien avec les questionnaires	72
3.3	En lien avec les résultats obtenus	73
4	Pistes de recherche et perspectives :.....	73
	Conclusion.....	74
	Annexes	82
1	Annexe 1 : Guide des figures.	82
2	Annexe 2 : Questionnaire adressé aux orthophonistes :.....	83
3	Annexe 3 : Questionnaire adressé aux parents :.....	89
4	Annexe 4 : Résultats au test de Pearson pour le questionnaire destiné aux orthophonistes	96
5	Annexe 5 : Résultats au test de Pearson pour le questionnaire destiné aux parents.....	96

INTRODUCTION

Evoqué pour la première fois lors du Moyen Empire Egyptien, le bégaiement a depuis été mentionné et décrit de nombreuses fois à travers l'Histoire. Au IV^{ème} siècle av. J.-C., Démosthène fut le premier à tenter d'améliorer son éloquence en s'exprimant avec des galets dans la bouche. Par la suite, de multiples techniques de rééducation se sont succédées au fil du temps avec, cependant, des suivis souvent courts et des résultats temporaires. Allant de techniques de relaxation à des recours plus extrêmes comme la chirurgie, diverses méthodes ont été imaginées et parfois abandonnées. De nos jours, les techniques de prise en soins sont encore très variées et tentent, chacune à leur manière, de répondre aux attentes des patients atteints de ce trouble complexe.

Afin de limiter l'existence de cas de bégaiements chroniques dans les âges de la vie plus avancés, l'un des enjeux actuels consiste à prendre en charge le trouble à la source, dès son apparition dans l'enfance. Il existe ainsi plusieurs thérapies spécifiques à l'enfant d'âge préscolaire et les recherches dans le domaine continuent à mener de nouvelles méthodes sur le devant de la scène. Au travers de ce mémoire, nous nous pencherons sur l'une d'entre elles, issue d'une équipe australienne et introduite en France en 2010 : le programme Lidcombe.

Récemment introduite dans notre pays, cette thérapie déjà bien connue des pays anglo-saxons bénéficie de nombreux appuis scientifiques. En reposant sur des principes issus des thérapies cognitivo-comportementales, cette approche repense la structure de la prise en charge du bégaiement telle que nous la connaissons. Les parents, formés par l'orthophoniste, deviennent alors acteurs de la thérapie et sont amenés à agir sur la parole de leur enfant, dans leur quotidien. De part cette modification des rôles au sein de la prise en charge, le programme Lidcombe modifie les interactions entre ses différents acteurs. De nombreuses études, françaises et internationales, ont été réalisées et témoignent de son efficacité. Cependant, très peu de recherches se sont penchées sur les interactions des différents participants au programme. La réussite d'une prise en charge reposant en partie sur le partenariat établi entre ses différents protagonistes, nous avons choisi de nous intéresser à la relation thérapeutique au sein de cette thérapie particulière.

Dès lors, nous nous sommes demandés :

Quelle place occupe la relation thérapeutique entre les parents et l'orthophoniste dans la mise en place du programme Lidcombe. ?

Nous nous intéresserons dans un premier temps à l'importance que pourrait revêtir la relation thérapeutique, du point de vue des thérapeutes comme de celui des parents. Puis nous questionnerons la manière dont se positionnent ces différents acteurs dans cette prise en charge spécifique.

La première partie de ce travail consistera à faire un état des lieux rapide des connaissances actuelles concernant le bégaiement chez l'enfant d'âge préscolaire, puis à introduire le programme au travers d'une présentation synthétique.

Nous évoquerons par la suite la constitution de notre recherche, puis nos résultats à travers l'étude de deux questionnaires.

PARTIE 1 :
ANCORAGE THEORIQUE

CHAPITRE 1

LE BEGAIEMENT

1 Généralités

1.1 Quelques chiffres du bégaiement

Le bégaiement est un trouble qui touche environ 1% de la population générale (Association Parole Bégaiement., 2018). Cette prévalence varie selon les critères retenus afin d'en établir le diagnostic. Le DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) nuance ce chiffre en précisant qu'il passe de 1% chez les enfants à 0,8% chez les adolescents. Il y aurait ainsi 600 000 personnes bègues en France, dont 30 000 présentant un bégaiement sévère.

Le sex ratio, c'est-à-dire le nombre d'hommes atteints par rapport au nombre de femmes atteintes, est d'environ 3 hommes pour 1 femme. Mais ce chiffre varie selon les auteurs, allant de 2,7/1 (Monfrais-Pfauwadel, 2014) jusqu'à 4/1 selon le site de l'A.P.B (Association Parole Bégaiement, 2018).

1.2 Historique et définitions

Le bégaiement est un trouble complexe, ancien et universel, dont la première mention remonte au Moyen Empire Egyptien. Initialement identifié comme étant un trouble des humeurs par Hippocrate, il sera par la suite considéré comme le résultat d'une langue anormale pour divers auteurs dont Aristote qui lui attribuera le nom d'« ischnophonie » (Van Hout & Estienne, 2009). Aujourd'hui, nombreux sont les auteurs proposant une définition du bégaiement. Nous en retiendrons ici quelques unes.

La Classification Internationale des Maladies-10 (Organisation Mondiale de la Santé, 2008) met en avant une altération de la fluence de la parole intervenant dans le bégaiement. Elle indique que celui-ci « *est caractérisé par des répétitions ou des prolongations fréquentes de sons, de syllabes ou de mots, ou par des hésitations ou des pauses fréquentes perturbant la fluence verbale. On ne parlera de trouble que si l'intensité de la perturbation gêne de façon marquée la fluence verbale.* ». Ainsi c'est l'incapacité du sujet à avoir une parole fluide avec un écoulement des mots régulier et sans heurts qui est ici retenue.

Le DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) prend, pour sa part, en compte l'impact du bégaiement sur la communication, et en propose une définition selon 3 critères :

- **Critère A** : « *perturbation de la fluence normale et du rythme de la parole, qui est inappropriée à l'âge du sujet* ». Les types de perturbations pouvant être présentes sont précisées dans des sous-catégories :
 - A1 : répétitions réitérées de sons ou de syllabes,
 - A2 : prolongations réitérées de sons ou de syllabes,
 - A3 : interjections
 - A4 : pauses au sein de mots
 - A5 : blocages perceptibles ou non

- A6 : substitutions d'un mot complexe par un autre, plus simple
- A7 : tensions musculaires excessives présentes ponctuellement durant la production du discours
- A8 : répétitions complètes de mots monosyllabiques
- **Critère B** : « *La perturbation de la fluence de la parole interfère avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale.* »
- **Critère C** : « *S'il existe un déficit moteur affectant la parole ou un déficit sensoriel, les difficultés d'élocution dépassent celles habituellement associées à ces conditions.* »

Ainsi, le DSM-V pose le bégaiement comme ayant des répercussions notables sur les habiletés sociales de communication du sujet, qui se trouvent alors mises à mal.

M. C. Monfrais-Pfauwadel (Monfrais-Pfauwadel, 2014) propose quant à elle une définition du bégaiement comme étant « *un trouble moteur de l'écoulement de la parole qui est alors produite avec plus d'effort musculaire ; [il] s'aggrave avec la propositionnalité du discours et retentit secondairement sur les comportements de communication du sujet. [...] il s'ensuit pour l'interlocuteur une désorganisation gênante de l'intelligibilité du discours. C'est un trouble de la globalité de la communication* ».

De nos jours, le bégaiement est donc largement défini comme étant **un trouble de la fluence verbale impactant de façon plus générale la communication du sujet**.

Malgré ces définitions communément admises, le bégaiement, ainsi que ses manifestations, diffèrent extrêmement d'un individu à l'autre (Dumont, & Julien, 2004). En plus de considérer cette grande variabilité interindividuelle, Gayraud-Andel et Poulat (2011) ajoutent qu'il est important de différencier le bégaiement existant seul de celui apparaissant au sein de tableaux syndromiques plus complexes. Ainsi, elles affirment qu'il existe pour elles non pas « *UN bégaiement mais DES formes de bégaiement* ». C'est pourquoi, pour de nombreux auteurs, nous parlerons plutôt « des bégaiements », rendant mieux compte de l'importante variabilité et de la grande complexité de ce trouble.

1.3 Des bégaiements

La grande variabilité présente au sein du bégaiement nous amène à en décrire plusieurs types, différenciés notamment par l'âge ou encore le contexte de survenue du trouble. Dans le cadre de ce mémoire, nous nous intéresserons au bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire, c'est-à-dire au bégaiement développemental.

1.3.1 Le bégaiement développemental

C'est le plus courant, il apparaît durant la période d'acquisition du langage. Monfrais-Pfauwadel (2014), décline le bégaiement développemental en deux sous-catégories :

- Le **bégaiement développemental** simple, qui concerne 75% des cas et débute entre 2 et 4 ans. Ce type de bégaiement disparaît de façon naturelle moins de quatre ans après son déclenchement.
- Le **bégaiement développemental persistant**, qui concerne 20 à 25% des individus. Il débute lui aussi entre les âges de 2 et 4 ans voire plus, mais devient chronique et peut perdurer à l'âge adulte.

Pour Starkweather (Dumont & Julien, 2004), plus les débuts du bégaiements se font de manière tardive, moins les chances de récupération spontanée sont bonnes. En effet, s'il débute vers l'âge de 4 ans, le bégaiement disparaîtrait naturellement dans 80% des cas. Ce taux de rémission spontanée passe à 50% pour une apparition autour de 6 ans puis chute à 20% s'il se manifeste après l'âge de 10 ans.

1.3.2 Le bégaiement acquis

Le bégaiement est dit acquis lorsqu'il survient, plus ou moins brutalement, chez une personne adulte n'ayant jamais bégayé auparavant. Le trouble apparaît alors après la période d'acquisition du langage et peut être *neurogène* ou *psychogène*.

Le bégaiement acquis est appelé *neurogène* ou neurologique lorsqu'il résulte d'une lésion cérébrale telle qu'un accident vasculaire cérébral, un traumatisme crânien ou encore une tumeur cérébrale (Gayraud-Andel, et Poulat, 2011). Il se manifeste alors par une « *désorganisation des mouvements de la parole et des troubles de la fluence. Ces troubles sont réguliers, constants, quels que soient l'interlocuteur et le contexte de communication* » (Piérart, 2011).

Si aucune lésion cérébrale n'est présente, le bégaiement acquis peut alors être appelé *psychogène* ou psychologique et résulter d'un traumatisme psychologique violent (Le Huche, 2002) ou encore d'un stress psychique (Van Hout & Estienne, 2009).

Dans certains cas minoritaires, le bégaiement acquis peut être le résultat de la prise de médicaments, il est alors qualifié de « bégaiement iatrogène » (Gayraud-Andel & Poulat, 2011).

1.3.3 Le bégaiement présent au sein des tableaux cliniques de certains syndromes

Le bégaiement peut apparaître en tant que symptôme dans le tableau clinique de certaines maladies. Ainsi, 1 personne sur 100 atteintes du syndrome Gilles de la Tourette - caractérisé par des tics moteurs et vocaux - manifestera un bégaiement. De même, 60% des individus atteints de Trisomie 21 présentent une forme de bégaiement plus ou moins sévère (Gayraud-Andel & Poulat, 2011). Ce trouble peut également exister chez des patients atteints de Sclérose en plaque (Dumont & Julien, 2004).

Piérart (Piérart, 2011) ajoute que des bégaiements sont parfois mis en évidence dans certains cas de pathologies telles que la Maladie de Parkinson, la paralysie progressive supra-

nucléaire, certains états épileptiques ou encore dans certaines formes de pathologies métaboliques.

Ces bégaiements sont pour la plupart liés à un dysfonctionnement du système nerveux central.

2 Etiologie

2.1 Hypothèses étiologiques actuelles

L'étiologie précise du bégaiement est encore à ce jour méconnue. Cependant, les études actuelles tendent à montrer que l'origine de ce trouble résiderait dans l'action conjointe de facteurs génétiques et environnementaux entraînant un développement neurologiques différent chez les personnes bègues. Nous exposerons ici les hypothèses étiologiques actuelles.

2.1.1 Hypothèses génétiques et épigénétiques

Les études menées ces dernières années ont permis de mettre en évidence l'importance de facteurs génétiques dans le bégaiement. Riaz et al. (2005) ont tout d'abord révélé l'implication du chromosome 12q dans ce trouble en étudiant les liens à l'échelle du génome sur 44 familles Pakistanaises avec consanguinité. Grâce à un séquençage ADN, ils ont découvert des variations du gène GNPTAB localisé sur le chromosome 12. Ce gène étant responsable de l'encodage de l'enzyme N-acetylglucosamine-1-phosphotransferase, impliquée notamment dans le métabolisme des enzymes lysosomales (Drayna & Kang, 2011).

Suite à cette découverte, Kang et al. (2010) ont mis en évidence l'implication de deux autres gènes dans le bégaiement : le GNPTG et la NAGPA. Ces deux gènes, participant également au bon fonctionnement de l'enzyme GlcNAc-phosphotransferase, présentent eux aussi des mutations chez les personnes porteuses d'un bégaiement.

Des mutations sur les gènes GNPTAB et GNPTG sont connues pour être responsables des Mucopolysaccharidoses de type II et III (Raza et al., 2015), des maladies lysosomales rares autosomiques récessives ayant pour conséquences des lésions des tissus conjonctifs, du foie, des reins, des problèmes squelettiques ou encore des lésions neurologiques (Monfrais-Pfauwadel, 2013). Cependant, la NAGPA n'est impliquée à ce jour que dans le bégaiement.

Ces études ouvrent la voie et de nombreux locus liés au bégaiement sont désormais mis en évidence, certains en faveur d'une transmission autosomique récessive du trouble (Raza, et al., 2013). L'implication des chromosomes 3, 12 et 16 est révélée par l'étude d'une population pakistanaise (Raza, et al., 2010 ; Riaz, et al. 2005 ; Raza, et al., 2012) et celle des chromosomes 2, 3, 14 et 15 par l'étude de familles camerounaises polygames (Raza, et al., 2013 ; Drayna, & Frigerio-Domingues, 2017). Une étude concernant des familles brésiliennes tendrait à montrer que le chromosome 10 a également un rôle à jouer dans le bégaiement (Domingues, et al., 2014).

De plus, certains gènes présents sur les chromosomes cités ci-dessus ont été spécifiquement identifiés comme jouant un rôle dans ce trouble. C'est notamment le cas pour le gène AP4E1, lié au chromosome 15. Ce gène encode un complexe protéique AP4 dont le fonctionnement serait lié à la NAGPA, présentant elle aussi des mutations spécifiques chez les personnes bègues. Le gène AP4E1 aurait un rôle important concernant le bon développement et le bon fonctionnement cérébral (Raza, et al., 2015 ; Drayna, & Frigerio-Domingues, 2017).

Afin d'étudier plus précisément les aspects héréditaires du bégaiement, des recherches se sont penchées sur le cas de jumeaux atteints de ce trouble. Une étude finlandaise (Rautakoski, et al., 2012) faisant intervenir 1728 jumeaux est venue renforcer la preuve qu'il existe bien des prédispositions génétiques. Leur étude compare les résultats obtenus auprès de jumeaux monozygotes partageant les mêmes gènes, et auprès de jumeaux dizygotes ne partageant que la moitié de leur capital génétique. Leurs résultats montrent que 82% de la variance de la responsabilité du bégaiement peut être attribuée à des effets génétiques contre 18% seulement attribuables à des facteurs environnementaux. Ces conclusions sont en accord avec l'étude menée auparavant sur une population Danoise de 33 317 jumeaux par Fagnani et al. (2011), elle aussi en faveur d'une forte influence génétique.

Plus récemment, en partant du constat selon lequel le nombre d'hommes qui bégaiement est plus élevé que le nombre de femmes également atteintes, Bilal et al. (2018) se sont intéressés aux récepteurs d'œstrogène à membrane couplés aux protéines G-1 (GPER-1) chez 36 enfants porteurs d'un bégaiement développemental. Ils ont alors découvert que le taux de GPER-1 était significativement plus élevé chez les patients bègues (0,51 ng/mL en moyenne) que chez les personnes constituant le groupe témoin (0,19 ng/mL en moyenne). Ils se sont ensuite aperçus qu'au sein du groupe de patients bègues, le taux de GPER-1 des hommes (0,56 ng/mL en moyenne) était significativement plus élevé que celui des femmes (0,44 ng/mL en moyenne), et ce sans lien avec la gravité de leur trouble. Les GPER-1, présents dans l'hypothalamus, les glandes hypophysaires ainsi que dans des régions de l'hippocampe et de l'Amygdale, sont connus pour influencer les réponses endocriniennes et moduler le contrôle des émotions. Ils sont également présents dans les neurones cholinergiques et interviennent dans les fonctions cognitives.

Cependant, malgré toutes les études menées, la génétique ne parvient pas à expliquer totalement l'origine du bégaiement.

2.1.2 Hypothèses neurologiques

Le bégaiement est un trouble neuro-développemental complexe et nombreux sont les auteurs qui ont essayé de décrire le contexte neurologique dans lequel il survient.

Certaines différences structurelles ont été mises en évidence en comparant les cortex cérébraux de personnes fluentes et ceux de personnes bègues. Foundas et al. (2001) ont mené une étude auprès d'adultes présentant un bégaiement développemental persistant afin de rechercher l'existence d'éventuelles anomalies dans les aires cérébrales dédiées au langage. Ils ont alors mis en évidence la présence d'asymétries cérébrales atypiques chez les adultes

bègues. Ces derniers présentaient un planum temporal plus développé à gauche comme à droite, ainsi qu'un nombre plus important de gyrus périsylvians à droite. Ces résultats sont renforcés par Cykowski et al. (2008) qui trouvent également un nombre plus important de sulcus et de gyrus supra-sylvians le long de la fissure sylvienne droite. De plus, leur étude permet de révéler que cette prolifération est corrélée à la sévérité du bégaiement des adultes étudiés.

En utilisant l'IRM en tenseur de diffusion, technique d'imagerie permettant de visualiser les faisceaux de substance blanche du cerveau, Sommer et al. (2002) ont pu pointer une réduction du volume de la substance blanche sous-jacente à la fissure rolandique qui relie les régions sensori-motrices et auditives de l'hémisphère gauche. Le volume de substance blanche, dans les zones cérébrales liées à l'activité de la langue et du larynx notamment, était réduit chez les adultes bègues par rapport au volume de substance blanche des adultes fluents. D'autres auteurs (Lu et al., 2010) ont découvert qu'on pouvait observer chez les adultes bègues un volume plus important de substance grise au sein du putamen gauche, des gyrus précentraux bilatéraux et du gyrus cingulaire, mais que ces mêmes adultes disposaient d'un volume réduit de substance grise au sein des gyrus frontaux-médians et supérieurs gauches. Ce genre d'étude a souvent été réalisé auprès d'adultes bègues, les études auprès d'enfants étant beaucoup moins nombreuses du fait de la complexité accrue pour utiliser certaines méthodes auprès d'un tel public.

Chow et al. (2017), ont pu mener la première étude longitudinale mixte utilisant l'imagerie en tenseur de diffusion auprès de 35 enfants bègues qu'ils ont comparés à 43 enfants d'un groupe contrôle. Les auteurs ont réalisé trois scans par enfant, chacun à environ 1 an d'intervalle. Puis ils ont mesuré l'anisotropie fractionnelle (FA) permettant d'exposer la densité d'un tissu et donc le nombre d'axones et de neurones contenus dans la substance blanche ou grise. Leurs résultats montrent que les enfants bègues ont une mesure de FA diminuée par rapport au groupe contrôle dans le faisceau arqué gauche (sous-jacent aux régions pariétales inférieures et temporales postérieures), ainsi que dans le corps calleux. En observant les trajectoires de développement de la substance blanche, il est possible d'en déduire le taux de croissance de ces régions cérébrales. Ces observations ont amené Chow et al. (2017) à constater des différences entre les enfants bègues persistants (pour qui le taux de croissance était réduit dans ces zones cérébrales) et les enfants qui avaient arrêté de bégayer.

En menant eux-aussi une étude avec des enfants bègues, Chang et al. (2008) ne mettent en évidence aucune asymétrie entre les hémisphères droit et gauche au contraire des études menées auparavant sur des adultes. Cependant, ils supposent que le risque de bégayer dès l'enfance serait lié au volume réduit de substance grise de l'hémisphère gauche, et qu'un bégaiement persistant serait en lien avec l'atteinte de la substance blanche dans les aires liées au système vocal dans l'hémisphère gauche.

En revanche, si l'asymétrie des hémisphères n'est pas mise en évidence chez les enfants, Weber-fox et al. (2013) démontrent, grâce à une tâche de traitement sémantique et syntaxique, l'apparition précoce d'une latéralisation atypique des fonctions hémisphériques de la parole et du langage chez de jeunes patients bègues.

En plus de ces différences structurelles, un certain nombre de différences fonctionnelles ont pu être retrouvées. Pour Sommer et al. (2002), le bégaiement persistant proviendrait d'une activation perturbée des zones cérébrales dédiées à la parole. En utilisant l'IRM fonctionnelle, Chang et al. (2009) sont partis de l'hypothèse selon laquelle les personnes bègues présenteraient des réponses neuronales différentes durant la planification et l'exécution motrice de tâches verbales comme des tâches non verbales. Leurs résultats montrent que lors de la planification et de la perception d'un matériel verbal ou non verbal, les aires frontales et temporo-pariétales des adultes bègues sont moins activées que celles des adultes fluents. De plus, lors de la production de tâches verbales et non verbales, les adultes étudiés affichaient une activité cérébrale réduite dans le gyrus temporal supérieur gauche, ainsi que dans les zones pré-motrices gauche, mais une activation plus forte que pour le groupe contrôle dans le gyrus temporal supérieur droit, le gyrus de Heschl des deux hémisphères, l'insula, le putamen et les régions motrices précentrales. Les différences étant similaires lors d'une tâche verbale ou non, les auteurs en concluent que l'activation cérébrale atypique des personnes bègues n'est pas spécifique à la parole. Leur étude met également en évidence des différences de genre, avec une activation atypique plus marquée chez les femmes que chez les hommes. Cependant, le genre est peu souvent pris en compte par les études qui se penchent sur les aspects neurologiques du bégaiement.

D'autres auteurs (Chang, Horwitz, Ostuni, Reynolds, & Ludlow, 2011) démontrent une connexion fonctionnelle atypique du gyrus frontal inférieur gauche dans les régions pré-motrices ainsi que de la voie ganglionnaire basale-thalamo-corticale chez des adultes présentant un bégaiement développemental persistant.

Plus récemment, certains chercheurs (Chang et al., 2018) ont pu rassembler un large ensemble longitudinal de données en neuro-imagerie d'enfants bègues et fluents afin de mener une analyse complète des réseaux cérébraux. Ces auteurs ont cherché à comprendre si les connexions cérébrales atypiques observées dès la première année de dysfluente pouvaient prédire un bégaiement développemental persistant par la suite. Ils ont pu démontrer que le trouble et sa persistance seraient liés à une « *connectivité aberrante* » des régions attentionnelles, fronto-pariétales et somato-motrices, ce qui suggérerait une altération du développement des réseaux cérébraux soutenant notamment le contrôle moteur de la parole. Ces résultats rejoignent ceux de travaux précédents qui avaient révélé des difficultés des noyaux gris centraux à produire des signaux de synchronisation temporelle des segments moteurs de la parole (Alm, 2004).

Pour Sommer et al. (2002), la « *suractivation* » fonctionnelle atypique observée chez les personnes bègues dans l'hémisphère droit serait un mécanisme de compensation développé au cours des années de bégaiement. Cela rejoint les résultats de Chang et al. (2008) qui ne mettent en évidence aucune activation supérieure de l'hémisphère droit chez les enfants présentant un bégaiement, au contraire des adultes bègues.

Certains auteurs suggèrent que le bégaiement proviendrait de troubles du traitement auditif. Ainsi, Foundas et al. (2004) montrent une corrélation entre l'asymétrie, constatée par de nombreux auteurs, du planum temporal et des troubles du feedback auditif. Pour ces auteurs, l'asymétrie touchant cette région cérébrale affecterait le feedback auditif, ce qui pourrait être la cause des disfluences. Leurs conclusions s'appuient sur le fait que la fluente

d'adultes présentant un bégaiement développemental persistant se trouvait améliorée par un système permettant un feedback auditif retardé.

Beal et al. (2007) ont constaté, chez des adultes bègues, une activation neurale atypique lors de la production de la parole, dont une activation auditive réduite par rapport à celle d'adultes fluents. Ce trouble du traitement auditif serait corrélé aux différences de densité des substances grise et blanches dans les régions des 2 hémisphères cérébraux dédiés au traitement auditif et à la production de la parole.

Plus récemment, d'autres auteurs (Daliri, Wieland, Cai, Guenther, & Chang, 2018) ont mis en évidence chez des adultes bègues, des difficultés à intégrer les écarts entre le feedback auditif prévu et celui reçu afin de programmer la production de la parole. Cependant cela n'est pas retrouvé chez les enfants présentant un bégaiement. Les auteurs en déduisent que ce déficit d'intégration auditivo-motrice est dû à un effet de compensation qui se développe au cours de leur expérience du bégaiement.

Ainsi, les études menées ces dernières décennies ont permis de révéler des anomalies structurelles et fonctionnelles dans l'architecture cérébrale des adultes et des enfants atteints de bégaiement. Ces résultats se retrouvent aussi bien lors de tâches verbales que lors de tâches non verbales ce qui ouvre la voie à des études futures pour rechercher des perspectives de traitements (Etchell, Civier, Ballard, & Sowman, 2018). Les différentes études abordées confirment le fait que le bégaiement est un trouble neuro-développemental multifactoriel et qu'il est important de considérer différents facteurs environnementaux afin de tenter d'en expliquer l'apparition, la chronicisation ou encore le rétablissement.

3 Symptomatologie

3.1 La parole normale et ses disfluences

On peut avoir tendance à penser que la parole normale se déroule sans accrocs. En réalité, parler ne se déroule pas sans heurts et le discours d'un locuteur non-bègue présente lui aussi quelques disfluences. Il est alors nécessaire de différencier ces disfluences de la parole normale, de celles typiques du bégaiement.

Johnson (1961) a décrit les différents types de disfluences présentes couramment dans la parole comme étant les suivantes :

- des interjections
- des répétitions de phrases
- des révisions
- des phrases incomplètes
- des répétitions de parties de mots
- des répétitions de mots monosyllabiques
- des ruptures au sein d'un mot
- des prolongations de sons

Différents auteurs ont classé ces disfluences comme étant des disfluences typiques de la parole bégue ou bien des disfluences présentes dans la parole de locuteurs fluents. Le résultat de ce classement est présenté dans le tableau ci-dessous (Yairi & Ambrose, 2005), (Tumanova, Conture, Lambert, & Walden, 2014), (Leclercq, Suaire, & Moysse, 2018) :

Les disfluences de la parole normale	Les disfluences de la parole bégue
Interjections (ex : « euh »)	Répétitions de sons (ex : « m-m-mais »)
Répétitions de phrases (ex : « je veux, je veux un gâteau »)	Prolongation de sons (ex : « pa:pier »)
Révisions (ex : « il va, ils vont à l'école »)	Répétition de syllabes (ex : « ci-ci-citron »)
Phrases incomplète (ex : « il prend son verre et ... »)	Répétition de mots monosyllabiques (ex : « je-je-je »)
	Rupture au sein d'un mot
	Répétitions de mots pluri-syllabiques (ex : « ballon – ballon »)
	Blocages (ex : « :papier »)

Attention cependant : le classement des répétitions de mots monosyllabiques en tant que caractéristiques de la parole bégue fait débat.

Figure 1 – Classification disfluences normales versus disfluences bégues

La plupart des études s'intéressant à la parole normale comparée à la parole bégue sont menées en langue anglaise. A ce jour, une seule étude a été réalisée auprès de sujets français (Leclercq et al., 2018). Celle-ci permet de mettre en avant certaines spécificités dues à cette langue. Selon les résultats de ces chercheurs, en français, les interjections sont les plus fréquentes des disfluences, suivies par les répétitions de mots monosyllabiques que l'on retrouve aussi souvent que les révisions, puis viennent les répétitions de phrases. On retrouve ensuite les disfluences habituellement qualifiées comme typiquement bégues avec les répétitions de sons et de syllabes, aussi nombreuses que les répétitions de mots pluri-syllabiques, suivies par les ruptures de mots et enfin les prolongations de sons que l'on retrouve autant que les blocages, ce qui en fait les disfluences les moins représentées dans la parole normale.

Pour Leclercq et al. (2018), 94% des enfants normalement fluents produisent des disfluences liées à la parole normale : 3 à 15% de leur discours en serait constitué. Pour ce qui est des disfluences qualifiées de typiquement bégues, les résultats passent de 100% des enfants qui en produisent moins de 3%, à 40% des enfants qui en produiraient plus de 3% selon si l'on inclut les répétitions de mots monosyllabiques comme étant caractéristiques de la parole bégue ou non. Cela amène à considérer avec prudence les critères employés pour définir un enfant comme étant bégue. En effet, de nombreux auteurs placent la limite de 3% de disfluences typiquement bégues comme étant déterminante (Conture, 2001) (Yairi, & Ambrose, 2005).

Guitar (2013), pour sa part, identifie certaines disfluences normales pour un enfant entre les âges de 3 ans et demi et 6 ans : ce sont les répétitions d'une partie de mot, les répétitions de mots mono- ou pluri-syllabique(s), les répétitions de phrases, les interjections, les prolongations et enfin les pauses.

Ainsi, la parole fluente présente elle aussi un certain nombre d'incidents, qu'il faut prendre en compte afin de différencier avec précision ce qui relève d'un début de bégaiement ou bien du développement langagier normal de l'enfant.

3.2 Les disfluences typiques de la parole bègue

Guitar (2013), a établi un certain nombre de caractéristiques afin de différencier la parole bègue de la parole normale :

- le **nombre de disfluences** est à prendre en compte avec un taux inférieur à 10 disfluences pour 100 mots (en moyenne 7 entre 2 ans et 3 ans et demi) chez un locuteur fluent,
- le **nombre de blocs répétés** ; généralement 1 seule unité est reprise dans une parole fluide
- le **type de disfluences**. Pour Guitar, on retrouve les répétitions plus fréquemment chez les jeunes enfants puis les reprises deviennent plus courantes à mesure que le langage se développe. Cet auteur ajoute qu'il peut être intéressant de prendre en compte le nombre d'interjections. Cependant l'étude de Leclercq et al. (2018) tendrait à montrer que ce type de disfluences est plus courant en français que dans d'autres langues, sans doute en lien avec un aspect culturel. Prendre en compte le nombre d'interjections afin de caractériser la parole bègue en français n'est peut être donc pas pertinent.

De plus, Tumanova (2014) indique que les personnes bègues produisent plus de disfluences normales que les personnes fluentes. Ces faits controversés sont retrouvés dans d'autres études (Yairi & Ambrose, 1999), (Yairi & Ambrose, 2005).

La parole bègue se caractérise donc par des ruptures au sein de la syllabe, des prolongations de certains sons, des répétitions rapides et inégales, des blocages des cordes vocales en position d'occlusion ainsi que des excès de tensions musculaires (notamment au niveau des cordes vocales, avec une voix plus aiguë) (Guitar, B., 2013). Ces manifestations verbales et vocales peuvent s'accompagner de mouvements parasites involontaires, dus soit à l'excès de tension musculaire soit à la recherche d'un moyen de compensation, et enfin d'une prise de conscience plus ou moins forte de son bégaiement, source de frustration.

3.3 Les comportements accompagnateurs du bégaiement

Il est souvent dit que le bégaiement est un trouble qui peut se voir autant qu'il peut s'entendre. En effet, un certain nombre de comportements, verbaux et non verbaux, viennent se surajouter aux disfluences. Marie-Claude Monfrais-Pfauwadel (2014) a décrit les plus courants, nous les présenterons ici.

3.3.1 Manifestations verbales

Selon M.C Monfrais-Pfauwadel (2014), il existe diverses manifestations qui peuvent accompagner la parole bègue :

- **les « évitements »** : ils apparaissent généralement après un certain temps d'expérience du bégaiement. Le patient se met à éviter, ou à remplacer par une périphrase, les mots sur lesquels il sait qu'il a le plus de difficultés. Ils peuvent avoir pour conséquences de dénaturer la parole du bègue de son idée première.
- **les « conjonctions d'appui »** : elles consistent à remplir les pauses par des mots fonctionnels courts tels que « donc, là, comme, que, etc ». Ils permettent à la personne bègue de poursuivre plus facilement son discours en ne créant pas de véritable pause.
- **les « stéréotypies verbales »** : pouvant aller d'une syllabe à une partie entière de phrase, les stéréotypies sont répétées régulièrement sans être forcément appropriées et alourdissent le discours de la personne bègue.
- **les « substitutions verbales »** : Le patient remplace le mot-cible par un autre mot, qu'il ressent comme étant moins difficile.
- **le manque de « flexibilité du discours »** : la personne bègue ne se corrigera que très rarement si elle produit un énoncé erroné.
- **les « coups de glotte et pauses »** : Les coups de glotte correspondent à une attaque de parole dure avec un accolement brutal des cordes vocales. Chez la personne bègue, ces coups de glottes peuvent se produire à n'importe quel moment du discours et provoquer une pause qui vient rompre la fluence.

3.3.2 Manifestations non verbales

M.C. Monfrais-Pfauwadel, décrit également un certain nombre de comportements vocaux, physiques et gestuels qui apparaissent conjointement au bégaiement :

- **les « gestes conjuratoires »** : ils ont pour but d'aider le patient à débiter sa prise de parole, afin de contrer un éventuel blocage. Ce genre de gestes est caractéristique du bégaiement.
- **les « rires nerveux »** : ils manifestent la gêne de la part de la personne bègue et peuvent être embarrassants pour l'interlocuteur qui perçoit cette gêne.
- **les « substitutions gestuelles »** : les personnes bègues peuvent remplacer un mot-cible perçu comme difficile par un geste plus facile à réaliser pour elles. Cela a le mérite de ne pas rompre le fil de la conversation.
- **les « syncinésies »** : ce sont des mouvements parasites résultant d'un excès de tensions dans des muscles de la face, ou plus globalement du haut du corps. Les mouvements des yeux sont particulièrement fréquents.
- **les « dilatations des ailes du nez »** en lien avec des **modifications respiratoires** : Les personnes bègues peuvent présenter des troubles de la respiration qui accompagne la parole, avec notamment la manifestation d'un syndrome de détresse respiratoire.

- **la « *perte du contact visuel* »** : le contact visuel permet de vérifier que l'on est écouté et compris, il permet également de maintenir la communication. Chez les personnes bègues, ce contact peut être perdu et cela peut nuire à la qualité de l'échange.
- **la « *peur* »** : la crainte de bégayer peut provoquer de l'appréhension chez la personne bègue et ainsi s'accompagner d'un assèchement buccal, d'une accélération de la respiration, de rougeurs, de frissonnements, etc qui sont autant de manifestations courantes de la peur.

Ainsi, tous ces signes font du bégaiement quelque chose qui se remarque, non pas seulement par son caractère auditif mais également par son caractère visuel, qui peut tout autant handicaper la communication et l'écoute de l'interlocuteur.

CHAPITRE 2

LE CAS PARTICULIER DU BÉGAIEMENT POUR L'ENFANT D'ÂGE PRESCOLAIRE ET SA FAMILLE

1 Un « parcours » du bégaiement

1.1 Développement du bégaiement chez le jeune enfant

En règle générale, il est admis que les débuts du bégaiement surviennent entre les âges de 2 et 6 ans, ce qui correspond à une période importante du développement langagier chez le jeune enfant. L'apparition de ce trouble se fait alors que le langage se complexifie, que de nouvelles structures apparaissent et que la propositionnalité du discours augmente, multipliant ainsi les contraintes langagières (Monfrais-Pfauwadel, M. C., 2014). Pour 85% des enfants, le bégaiement débute avant 3 ans et demi (Yairi & Ambrose, 2013), âge bien plus précoce que ce que l'on trouvait dans la littérature jusqu'à récemment. Par la suite, le risque de développer un bégaiement deviendrait moindre après l'âge de 6 ans et presque nul après 12 ans, en dehors de l'existence d'une quelconque pathologie neurologique (Ambrose & Yairi, 1999). De plus, Yairi (Yairi & Ambrose, 2005) confirme les données avancées par Starkweather concernant l'existence d'un « *age factor* » : il existe un lien étroit entre une installation tardive du bégaiement et une diminution des chances de récupération spontanée.

L'Illinois Project de Yairi et Ambrose (Yairi & Ambrose, 1999) montre, au travers d'une étude longitudinale, que le bégaiement peut survenir de façon brutale, et ce pour un enfant sur trois. Une installation brusque ne signifie pas forcément que le bégaiement soit destiné à s'installer de façon chronique, cependant il peut être sévère dès le commencement et l'arrivée de ce trouble est vécue de façon traumatisante pour la moitié des enfants concernés. En effet, la première prise de conscience des difficultés liées au bégaiement apparaîtrait dès l'âge de 3 ans et la pleine conscience du trouble dès 4 ans parallèlement à un jugement négatif de la parole dysfluente (Ezrati-Vinacour, Platzky, & Yairi, 2001). Entre les âges de 4 et 6 ans, la fatigue, le stress et la pression temporelle ont un impact d'autant grand sur le jeune enfant ; des comportements secondaires de lutte, de fuite, ou encore des évitements font alors leur apparition (Monfrais-Pfauwadel, 2014).

Dans les premiers temps de l'installation du trouble, les mots outils sont ceux qui sont le plus bégayés. Puis, avec le développement du bégaiement, les mots à plus forte valeur sémantique sont les plus sévèrement touchés (Howell, Au Yeung, Yaruss, & Eldridge, 2006). Cependant, les habiletés langagières des enfants bègues sont bonnes, voire même meilleures que celles de leurs pairs de même âge (Yairi & Ambrose, 1999). Il peut alors être intéressant de surveiller les enfants qui se seraient mis à parler particulièrement bien dès leur plus jeune âge.

Comme nous l'avons vu précédemment, il est admis que le bégaiement est d'origine neuro-développementale et prend sa source dans certaines prédispositions génétiques et neuro-anatomiques. Cependant, de nombreux facteurs doivent intervenir pour faire de ces prédispositions un bégaiement manifeste (Monfrais-Pfauwadel, 2014). A l'inverse, certains enfants disposant d'un « risque génétique » ne deviendront jamais bègues.

Il est important de différencier les « causes » du bégaiement d'une situation déclenchant le trouble. Ainsi, différents facteurs favorisant l'apparition d'un bégaiement ont pu être décrits, sans en constituer la cause (Monfrais-Pfauwadel, 2014) :

- le **tempérament de l'enfant** : la présence d'anxiété, d'hypersensibilité, etc constituerait un terrain prédisposant,
- la **précocité intellectuelle** : il semblerait que les enfants précoces présentent certains traits de caractère favorisant l'apparition du trouble (estime de soi fragile, perception de l'environnement particulière, difficultés d'intégration,...),
- l'**environnement de vie** de l'enfant : relations familiales difficiles, interlocuteurs avec un débit de parole élevé, ambiance tendue, milieu trop énergique et bruyant, etc constituent un milieu peu propice à la communication,
- des **attentes parentales importantes** concernant le niveau langagier de leur enfant
- des **exigences familiales élevées** concernant la propreté, la politesse, les résultats scolaires, etc,
- un **rythme de vie intense** : pression temporelle, emploi du temps stressant, etc
- des **situations** suscitant l'anxiété, la peur, ou un éventuel **traumatisme** (divorce, naissance d'un nouvel enfant, deuil, déménagement, entrée à l'école, etc)
- certains auteurs mettent également en avant l'influence de **difficultés linguistiques**, sans que cela ait été réellement prouvé.

Ces différents facteurs peuvent précipiter l'apparition d'une parole bègue sans être suffisant à eux-seuls pour en expliquer l'existence. Cette situation est parfaitement résumée par Simon (Simon, 2004), qui affirme qu'on ne naît qu'avec un risque de devenir bègue, et « *qu'en raison de multiples facteurs on le devient* ».

1.2 Récupération spontanée versus chronicisation

L'un des enjeux fondamentaux des recherches actuelles portant sur le bégaiement consiste à pouvoir déterminer certains critères permettant aux praticiens de différencier les enfants à risque de présenter un bégaiement persistant de ceux pouvant bénéficier d'une récupération spontanée. En effet, pour les chercheurs, l'existence d'une récupération naturelle n'est pas à exclure. Selon Månsson (2000), entre 3 et 5 ans, la plupart des enfants retrouveraient spontanément une parole fluide dans les deux ans suivant le début du bégaiement. Les différentes études de Yairi et Ambrose (1999, 2005) indiquent pour leur part qu'une récupération spontanée serait constatée dans 75% des cas en moyenne, avec une fourchette allant de 65% à 85% de récupération sans intervention orthophonique. Ainsi, même si entamer un suivi orthophonique se révèle efficace lorsque le traitement est intensif, Reilly et al. (2013) indiquent qu'il ne serait pas forcément nécessaire de prendre en charge les très jeunes enfants dès l'apparition du bégaiement. Ces auteurs préconisent plutôt une « *attente vigilante* ». Selon eux, différer le début du traitement de 12 mois n'aurait aucun impact sur les développements langagier, social ou psychologique de l'enfant. Ils ajoutent cependant qu'il ne faut pas repousser l'intervention orthophonique dans les cas où l'enfant semble manifester une quelconque détresse, lorsque les parents sont préoccupés par la situation ou lorsqu'une réticence à communiquer s'installe. Cette surveillance permettrait alors de concentrer les efforts sur le petit nombre d'enfants ne récupérant pas naturellement.

Nombreux sont les auteurs ayant essayé d'isoler des facteurs pouvant prédire l'installation d'un bégaiement persistant. Plusieurs éléments ont été évoqués. L'étude d'Ambrose (1996), apporte la preuve de l'influence de facteurs génétiques sous-tendant l'installation durable du trouble. En effet, la persistance serait liée à l'existence d'un facteur génétique supplémentaire. Ainsi, le rétablissement ou la chronicisation du trouble se transmettrait de façon héréditaire.

Pour Erdemir et al. (2018), la récupération ou la persistance du trouble seraient en lien avec les processus émotionnels qui entreraient en interaction avec les processus de contrôle moteur de la parole. En effet, les enfants bègues présentent une vitesse d'articulation ralentie après avoir été confrontés à une émotion négative. Cette particularité n'est retrouvée ni chez les enfants fluents, ni chez les enfants ayant bénéficié d'une rémission. Cela penche en faveur de la présence de particularités dans les processus émotionnels des enfants susceptibles de chroniciser le trouble. D'autres auteurs suggèrent que les compétences articulatoires pourraient être exploitées afin de prédire un risque de chronicisation (Spencer & Weber-Fox, 2014). Ainsi, les enfants bègues d'âge préscolaire présenteraient des processus de contrôle moteur de la parole moins matures (Usler, Smith, & Weber, 2017) et plus variables (Ambrose, Yairi, Loucks, Hubbard Seery, & Throneburg, 2015) que leurs pairs fluents ou ayant récupéré une parole fluide. L'observation des compétences phonologiques des enfants bègues pourrait également aider à déterminer un risque d'installation durable (Spencer & Weber-Fox, 2014 ; Ambrose et al., 2015). Les chercheurs conseillent alors d'être vigilant lorsque le bégaiement s'accompagne d'autres troubles du langage.

Pour Usler & Weber-Fox, (2015), les processus cérébraux intervenant dans le traitement de la structure syntaxique seraient moins développés chez les enfants de 6-7 ans présentant un bégaiement persistant comparés à leurs pairs fluents ou ceux s'étant rétablis. La récupération spontanée serait alors corrélée à une « *normalisation* » de l'activité hémisphérique gauche liée à la langue et aux centres auditivo-moteurs. Plus généralement, pour Ambrose et al. (2015), les compétences linguistiques globales des enfants bègues persistants seraient moins développées que celles de leurs pairs. En effet, un an après l'apparition du trouble, leur étude constate de moins bonnes performances langagières chez les enfants bégayant toujours que chez ceux ayant cessé ou ceux constituant le groupe contrôle. Ce constat vient en désaccord avec l'idée selon laquelle des capacités linguistiques élevées seraient corrélées à l'existence d'un bégaiement.

Ajoutées à ces éléments, les différentes recherches menées jusqu'à nos jours permettent d'établir une liste de critères, linguistiques ou non, semblant tenir un rôle particulier dans la rémission ou l'installation du bégaiement :

- **Facteurs non linguistiques :**

- le *sexe* : les filles récupèrent plus souvent que les hommes. Etre de sexe masculin est donc un risque de persistance (Ambrose, 1996 ; Yairi, & Ambrose, 2005 ; Reilly, Kefalianos, & Smith, 2013),
- la *gémellité* : posséder un jumeau qui bégaie est un moins bon pronostic de récupération (Reilly et al., 2013),

- le *niveau d'éducation de la mère* : avoir une mère avec un niveau d'éducation élevé pourrait être corrélé au fait de présenter un bégaiement persistant entre 3 et 4 ans (Reilly et al., 2013),
- l'*âge de début* : plus le bégaiement débute tard, plus les chances que le trouble persiste sont élevées (Yairi & Ambrose, 2005),
- la *durée depuis le commencement* : plus le bégaiement dure, moins les chances de rémission sont importantes (Yairi, & Ambrose, 2005),
- un *tempérament négatif* : les enfants dont le bégaiement a persisté présentent souvent un tempérament moins positif que leurs pairs rétablis (Ambrose et al., 2015). Cependant, la question subsiste de savoir si ce tempérament est l'une des causes de la persistance ou l'une de ces conséquences (Reilly et al., 2013).

- **Facteurs linguistiques :**

- la *fréquence* des bégaiements : plus les disfluences sont nombreuses, plus les chances de rémission sont faibles (Yairi & Ambrose, 2005),
- des *antécédents familiaux* de bégaiement : 51% des enfants bègues persistant ont un proche qui l'a également été (Yairi & Ambrose, 2005) ; (Reilly, et al., 2013),
- d'*autres antécédents familiaux* : 20 à 30% des enfants dont le bégaiement persiste auraient au moins un membre de leur famille ayant présenté des troubles du langage ou des difficultés d'enseignement (Reilly et al., 2013),

Ainsi, l'orthophoniste pourra être attentif à ces différents éléments lorsqu'il débutera une intervention auprès d'un jeune enfant.

2 Intervention Orthophonique

2.1 Une prise en charge précoce

L'intérêt d'une prise en charge précoce du bégaiement chez le jeune enfant n'a pas toujours été une évidence pour les praticiens. Les apports de Johnson en 1942 préconisaient, au contraire, de ne porter que peu d'attention au trouble, faute de provoquer davantage de disfluences en mettant l'enfant face à sa parole difficile (Simon, 2004). Avec le développement de la prévention aux Etats-Unis dans les années 1980, une vision des choses radicalement différente s'est installée. Les praticiens reconnaissent aujourd'hui qu'une intervention précoce est efficace et évite au patient de développer un trouble plus grave avec le temps. On considère qu'au-delà de 4 ans et demi ou 5 ans au maximum, surveiller l'évolution du bégaiement tout en donnant des conseils aux parents ne suffit plus, il est alors nécessaire d'entamer une prise en charge spécifique (Simon, 2004 ; Onslow & O'Brian, 2013).

En effet, si le trouble n'est pas pris en charge durant la petite enfance, avant même l'arrivée des années scolaires, il devient plus difficilement traitable et peut entraîner par la suite des difficultés éducatives, sociales ou encore professionnelles (Onslow & O'Brian, 2013). Des attitudes et sentiments réactionnels se surajoutent alors à la parole bègue et le trouble s'installe avec le temps. Plus le bégaiement dure longtemps, plus il devient naturel et

plus l'individu se construit une personnalité en lien avec ses difficultés, aboutissant finalement en un « *style de vie bègue* » (Simon, 2004).

Au contraire, prendre en charge précocement permettrait de multiplier par huit environ les chances de disparition du bégaiement (Onslow & O'Brian, 2013). Pour Vincent (2016), il est également important d'intervenir dès que l'enfant commence à connaître des difficultés pour s'exprimer, afin d'éviter une installation durable du trouble. Elle met en avant la plasticité cérébrale particulièrement active avant l'âge de 6 ans, et invite les thérapeutes à l'exploiter afin de traiter efficacement le trouble.

Afin d'entreprendre une prise en charge, aussi précoce soit-elle, il est cependant nécessaire de respecter certains critères (Vincent, 2016) :

- la méthode ou thérapie choisie pour débiter l'intervention doit être *reconnue* dans le milieu médical,
- elle doit pouvoir *s'adapter* spécifiquement à la parole bègue du patient, et répondre à ses attentes (ou celles de sa famille dans le cas des enfants),
- elle doit *prendre en compte l'environnement* immédiat du patient, et tout particulièrement les parents lorsque le patient est un enfant,
- elle doit *envisager une éventuelle récurrence* et y préparer le patient et/ou sa famille.

Enfin, traiter les cas de bégaiement chroniques chez l'adolescent et l'adulte est un enjeu pour les thérapeutes. Prendre en charge le trouble dès son apparition dans la petite enfance prend alors tout son sens pour éviter, au maximum, la persistance du trouble à un âge ultérieur.

2.2 Bilan, diagnostic et intervention orthophonique chez l'enfant avant 6 ans

Le bilan orthophonique du bégaiement est un acte diagnostique duquel découle le choix du traitement à mettre en œuvre par la suite. Il a pour but de déterminer la présence ou l'absence d'un trouble et, le cas échéant, s'il nécessite d'être traité par une prise en charge. Un bilan est constitué d'épreuves et de tests standardisés et étalonnés afin de permettre l'établissement d'un état des lieux complet et favoriser ainsi la comparaison ultérieure des résultats, après une certaine période d'évolution ou de traitement (Monfrais-Pfauwadel, 2014). Cependant, dans le domaine du bégaiement, l'influence du contexte ou encore la présence de fortes variabilités inter- et intra-individuelles posent de réels problèmes pour évaluer les difficultés à un instant donné.

Lors du bilan, tous les participants définissent ensemble les capacités, les difficultés et les besoins de l'enfant et de sa famille. Cela permet de mettre en place les objectifs et de définir des moyens à mettre en œuvre pour les atteindre. Selon Witko (2013), le bilan, constituant une évaluation, permet alors aux parents de se projeter dans le suivi de leur enfant en les engageant dans la planification de l'intervention. Cela favorise l'alliance thérapeutique et permet ainsi sa mise en place dès la première rencontre (Monfrais-Pfauwadel, 2014). Dans

ce contexte, il semble important de faire de ce premier échange un temps privilégié d'écoute tout en proposant aux parents un espace où règne un climat de confiance et dans lequel ils se sentent accueillis. Pour cela, il est nécessaire de faire attention à la qualité des échanges, de respecter la sensibilité de tous les acteurs de la prise en charge ou encore de pouvoir se rendre disponible pour le patient et sa famille (Witko, 2013). Il est important de ne pas porter de jugement sur les traitements antérieurs et d'accueillir la souffrance de la famille sans la juger tout en rassurant les parents quant à leurs capacités à aider leur enfant (Monfrais-Pfauwadel, 2014). Le patient et sa famille doivent sentir que leur plainte est entendue dans sa singularité.

Afin de réaliser un bilan le plus complet possible, il est intéressant de chercher à (Monfrais-Pfauwadel, 2014) :

- évaluer tout autant le bégaiement que l'environnement dans lequel il survient,
- évaluer les nombreux domaines possiblement en lien avec le trouble. Parmi ceux-ci, nous pouvons citer l'articulation, la parole, la voix, les capacités linguistiques sur les versants de la compréhension comme de l'expression (tout particulièrement chez les enfants), les compétences de communication non verbale, les compétences pragmatiques et l'appétence à la communication, les différentes fonctions cognitives, le rôle de l'entourage, l'état psychologique, les habiletés motrices ou encore la présence d'un trouble associé (déficit intellectuel ou attentionnel, etc).
- évaluer le retentissement du bégaiement dans la vie quotidienne du patient et de sa famille en cernant la représentation qu'ils en ont et leurs attentes vis-à-vis de la prise en charge.

Explorer ces différents aspects demande du temps. Pour réaliser un bilan auprès d'un enfant, il est conseillé de prévoir au moins une heure et demie. Cette durée peut être répartie sur deux séances, pour plus de facilité (Monfrais-Pfauwadel, 2014).

La première séance peut alors être consacrée à la réalisation de l'anamnèse et servir à établir les bases d'une relation de confiance. Pendant l'anamnèse du bégaiement chez un très jeune enfant, en plus du recueil des différents éléments indispensables au thérapeute pour établir son diagnostic (plainte de la famille, mode d'installation du bégaiement, histoire familiale du trouble, développement linguistique, moteur et psychologique, scolarité, entourage, etc), il est nécessaire de recevoir les sentiments des parents vis-à-vis du trouble, et de comprendre les modifications engendrées au quotidien par ces difficultés nouvelles (anxiété, etc) (Oksenberg, 2014). Selon Oksenberg (2014), cette première rencontre peut être l'occasion de donner les premiers conseils aux parents concernant leurs attitudes de communication. Le thérapeute peut alors suggérer certains changements (respecter davantage de pauses, ralentir le débit pendant les échanges, etc) et éventuellement proposer un léger exercice de fluence.

Lors de la seconde rencontre, les tests et épreuves standardisés peuvent être abordés. Il est alors intéressant, si le thérapeute et la famille se sentent à l'aise, de filmer les épreuves, afin de pouvoir analyser précisément la parole bégue, mais aussi les aspects gestuels et corporels. Si cela n'est pas possible, un enregistrement audio permet tout de même de mener une analyse approfondie (Monfrais-Pfauwadel, 2014).

Ainsi, après avoir étudié les informations recueillies lors de l'anamnèse, lors des épreuves et grâce à son observation clinique, le thérapeute déterminera s'il est nécessaire

d'entreprendre une prise en charge ou si une surveillance du trouble combinée à un accompagnement parental peut être suffisante. Dans tout les cas, Vincent (2016) préconise de surveiller étroitement l'évolution de l'enfant concerné pendant au moins 6 mois.

3 Quatre Approches Thérapeutiques d'intervention précoce

3.1 Approche directes versus approches indirectes

Il existe deux types d'approches afin de prendre en charge le bégaiement : les méthodes directes et les méthodes indirectes (Oksenberg, 2014).

Les approches dites « indirectes » visent à modifier les comportements de communication de l'enfant et de sa famille. L'orthophoniste agit alors sur l'environnement de l'enfant. Pour cela, il peut suggérer, en douceur, une modification des habitudes de communication, en donnant certains conseils aux parents quant à leur manière de parler (par exemple respecter des pauses plus longues, adapter leur langage au niveau de l'enfant, ou encore ne pas parler trop vite). Dans ce type d'approches, on ne propose pas d'exercices ciblant spécifiquement la fluence. Le but est de donner à l'enfant un modèle facile à reproduire, dans la parole de ses parents. Souvent, les techniques utilisées passent par le jeu pour modéliser la parole des parents de manière plus ludique.

Les approches directes cherchent, pour leur part, à avoir une action ciblant spécifiquement la parole de l'enfant. Pour cela, des exercices de fluence peuvent être proposés pour travailler par exemple le ralentissement du débit, les attaques dures, le manque de pauses ou encore l'auto-écoute souvent perturbées chez les enfants qui bégaiant.

En France, les praticiens ont pour habitude de préférer des approches mixtes, pour plus d'efficacité.

3.2 L'accompagnement parental

Comme nous l'avons vu précédemment, jusqu'à l'âge de 5 ans environ, de nombreux auteurs évoquent la possibilité, selon la sévérité et les caractéristiques du bégaiement, de surveiller de près l'évolution de l'enfant, tout en donnant aux parents des conseils afin d'adapter au mieux leur communication. (Simon, A.M., 2004) ; (Onslow & O'Brian, 2013) ; (Reilly et al., 2013). C'est l'accompagnement ou le conseil parental.

Dès 1971, Le Huche exposait l'existence d'attitudes nocives des parents envers leur enfant bègue. En effet, les retours que l'enfant reçoit de ses parents concernant ses réussites ou ses échecs, jouent un rôle fondamental sur sa perception de lui, son estime personnelle ou encore sa capacité à s'affirmer (Simon, 2004). Ainsi, la prise en charge du jeune enfant demande une participation tout particulière de son entourage afin de soutenir ses progrès en lui proposant des moments de communication adaptés et des échanges de qualité (Vincent, 2016). Il est alors important de répondre à la demande et aux inquiétudes des parents en leur

fournissant des conseils leur permettant d'adapter leur communication aux compétences de l'enfant.

Dans ce contexte, le thérapeute doit expliquer aux parents comment simplifier les moments d'échange avec leur enfant, il peut alors recommander différents types d'ajustements :

- ne pas demander à leur enfant de répéter ce qu'il vient de dire, ni essayer de lui donner des renseignements sur quoi faire pour « bien parler » (Simon, 2004),
- ne pas poser de questions trop ouvertes (nécessitant l'organisation et l'apport d'un trop grand nombre d'informations) (Simon, 2004),
- ne pas changer de sujet en cours de discussion (Simon, 2004),
- diminuer la pression temporelle, autant lorsque l'enfant s'exprime que dans le quotidien de la familles (Simon, 2003),
- diminuer les exigences éducatives (à l'école, à la maison, concernant la politesse, etc) (Simon, 2003),
- aider l'enfant à construire son discours en régulant les tours de parole lors de l'échange ou encore en posant des questions en cas de blocages afin de maintenir l'échange ouvert (Vincent, 2016),
- faire attention à leurs réactions et éviter les feedbacks négatifs (froncer les sourcils lors des bégayages, ne pas soutenir le regard, faire des remarques, etc) (Simon, 2003 ; Vincent, 2016).

Ainsi, l'accompagnement parental se révèle particulièrement efficace dans la prise en charge du jeune enfant avant 4 ans et demi ou 5 ans. Il permet alors l'arrêt du bégaiement dans presque tous les cas (Simon, 2004). Selon l'évolution du trouble, il pourra être possible, si le conseil parental ne suffit plus, de débiter une prise en charge plus directe, ou d'utiliser l'un des programmes thérapeutiques existant.

3.3 Le programme des « demandes et capacités »

Le programme des « *Demandes et Capacités (DC)* » a été décrit par Starkweather et Gottwald en 1990. Ce programme vise deux objectifs :

- augmenter les capacités de l'enfant à parler de manière fluide,
- tout en diminuant les demandes ou exigences que ses interlocuteurs habituels lui imposent.

Cela passe par l'identification et la maîtrise des contraintes environnementales agissant sur l'enfant aux niveaux moteur, linguistique, social, émotionnel et cognitif (Starkweather & Gottwald, 1990). Cette approche considère que l'écart existant entre les capacités de l'enfant et les demandes de performances est responsable des épisodes de bégaiement.

Le programme DC combine une approche directe avec une action sur la parole même de l'enfant à une approche indirecte en cherchant à apporter des modifications au sein de l'environnement proche de l'enfant.

Dans le but d'augmenter les capacités de l'enfant, le thérapeute tente de « modéliser », lors de séances individuelles, une façon de parler créant un « environnement favorisant l'aisance ». Pour cela, l'orthophoniste propose de passer par le jeu pour mettre en place un débit ralenti, utiliser un langage simple, ou encore respecter un plus grand nombre de pauses. Le thérapeute cherchera ensuite à repérer et noter les éléments qui semblent favoriser le plus la fluence (Starkweather & Gottwald, 1990).

Afin de diminuer les exigences environnementales et de développer les capacités de communication des parents, le programme DC propose de passer par le conseil parental. Le but est d'identifier les sources de pression agissant sur l'enfant pour pouvoir les réduire. Différents moyens sont alors proposés. L'orthophoniste et la famille sont amenés à analyser ensemble des vidéos de sessions de jeu afin d'aider les parents à comprendre comment communiquer avec leur enfant tout en favorisant une parole fluide. Les parents sont également invités à observer des séances d'interaction entre l'enfant et le thérapeute afin de pouvoir cerner les comportements à adopter (réduction de la rapidité d'élocution, diminution de la pression temporelle, proposition de moments d'échange privilégié avec leur enfant, etc). Ces différents éléments apprennent progressivement aux parents à modéliser eux-mêmes la parole pour leur enfant, lors d'activités structurées au domicile (Starkweather & Gottwald, 1990).

Dans leur étude, Starkweather et Gottwald obtiennent de bons résultats en appliquant ce programme. La quasi-totalité des enfants étudiés ont retrouvé rapidement une parole fluide et ces résultats se sont maintenus dans le temps avec très peu de rechutes 2 ans après le suivi de cette thérapie.

3.4 La « Parent Child Interaction Therapy » (PCI)

La « *Parent Child Interaction Therapy* » est un programme anglo-saxon créé par le centre Michael Palin. Il a pour but d'améliorer la qualité des relations entre l'enfant bègue et ses parents tout en modifiant leurs patterns d'interaction. C'est un programme behavioriste « *d'entraînement parental* » : les parents apprennent à améliorer leur communication et acquièrent des « *compétences disciplinaires* » (« What is PCIT for Professionals? », 2019).

Cette thérapie débute par une évaluation complète et structurée ciblant les aspects langagiers et psychologiques de l'enfant bègue (conscience du trouble, perception du bégaiement, éléments favorisant les disfluences, etc). Le programme se déroule ensuite en respectant deux phases. Les six premières séances ont lieu de façon hebdomadaire et suivent une approche indirecte. Durant les séances, l'orthophoniste et les parents analysent, grâce à un visionnage vidéo, les stratégies d'interaction de ces derniers et les éléments qui favorisent la fluence. Le but est de repérer certaines stratégies déjà mises en place par la famille (par exemple les parents qui valorisent leur enfant, permettant de renforcer sa confiance en lui) ou par l'enfant (par exemple ralentir le discours pour éviter les blocages) afin d'en dégager des consignes que les parents devront respecter lors d'une mise en pratique. Cette application est filmée à son tour puis est à nouveau analysée par les différents participants à la thérapie (Aumont-Boucand, 2013 ; Onslow & Millard, 2012).

La première phase de « traitement clinique » est ensuite suivie d'une phase de « consolidation » étendue sur six semaines. Cette seconde phase vise à ancrer les stratégies et compétences nouvelles développées par les parents (Onslow & Millard, 2012). On demande pour cela aux parents de conserver des moments d'échange privilégiés avec leurs enfants. Régulièrement, le thérapeute reçoit une trace écrite de l'évolution et peut ainsi renforcer ou conseiller les parents. L'amélioration de la fluence est évaluée au fur et à mesure. A l'issue des six semaines de consolidation, si le bégaiement persiste, des approches plus directes, passant par le jeu, peuvent être utilisées (Aumont-Boucand, 2013).

La Parent Child Interaction Therapy a prouvé son efficacité dans une étude de Millard, Nicholas & Cook (2008), ayant étudié 6 enfants présentant un bégaiement depuis plus d'un an. Pour quatre d'entre eux, le trouble a été significativement réduit. De plus, une étude ultérieure de ces mêmes auteurs a prouvé que les résultats se maintenaient dans le temps.

3.5 Le Programme Lidcombe

Le programme Lidcombe fait partie des approches directes. En effet, cette thérapie, agit immédiatement sur la parole de l'enfant bègue (Vincent, 2016). Cependant, contrairement aux autres techniques dites « directes », le programme Lidcombe ne cherche pas à modifier les caractéristiques propres à la parole du patient. Le programme a pour but d'amener les différents participants de l'échange à porter un intérêt tout particulier aux instants de parole fluide de l'enfant (Packman et al., 2010).

Ainsi, le programme Lidcombe vise uniquement la « bonne parole ». Contrairement aux approches plus classiques du bégaiement, cette technique ne prend pas en compte les attitudes de l'entourage, les pressions de la vie quotidienne ou encore les attentes et exigences des parents vis-à-vis de la parole de leur enfant (Simon, 2004). Cette particularité, ajoutée à l'aspect particulièrement structuré du programme, en fait une méthode très différente de celles utilisées traditionnellement par les cliniciens français. Nous la présentons plus en détail par la suite.

CHAPITRE 3

LE PROGRAMME LIDCOMBE

1 Généralités

1.1 Présentation du programme et introduction en France

Le programme Lidcombe est une thérapie d'inspiration behavioriste. Développé en Australie en 1988 par l'Australian Stuttering Research Center, il porte le nom de la ville dans laquelle il a été créé. Ce programme est destiné aux enfants d'âge préscolaire et accorde une place privilégiée aux parents dans la prise en charge de leur enfant (Aumont-Boucand & Stuyvaert, 2014 ; Vincent, 2016). Cette approche se différencie des autres thérapies actuelles par son cadre très rigide. En effet, le programme respecte une évolution selon deux phases. Le passage de l'une à l'autre s'effectue en fonction des progrès de l'enfant, qui sont évalués à l'aide de techniques chiffrées. (Aumont-Boucand & Stuyvaert, 2014 ; Vincent, 2016). En moyenne, une prise en charge s'étend sur une quinzaine de séances (Vincent, 2016).

Introduit en France par Véronique Aumont-Boucand en 2010, le programme Lidcombe a peu à peu pris sa place parmi les thérapies du bégaiement. Il bénéficie aujourd'hui de nombreux appuis scientifiques témoignant de son efficacité (Leclercq & Kister, 2015 ; Vincent, 2016).

1.2 Les participants au programme et leurs rôles

Le Programme Lidcombe est destiné à la prise en charge d'enfants bègues, âgés de 6 ans ou moins, et accompagnés de leurs parents. Il ne peut être appliqué que par un orthophoniste ayant reçu la formation officielle (Packman et al., 2015). Ce thérapeute entraîne et supervise les parents tout au long du suivi, afin de leur enseigner la bonne manière d'appliquer le traitement. Ces derniers sont, quant à eux, le moteur de la prise en charge (Vincent, 2016). En effet, ils assurent quotidiennement des instants d'échanges privilégiés avec leur enfant, durant lesquels ils doivent porter une attention toute particulière à sa parole. La famille est également reçue, lors de rencontres hebdomadaires, au cabinet de l'orthophoniste. Ces séances auprès du thérapeute permettent d'ajuster le programme tout en poursuivant son déroulement (Packman et al., 2010 ; Packman, et al., 2015).

Afin de mener à bien le programme, les parents doivent effectuer des commentaires sur la parole de leur enfant, et ce dans deux cas de figure : lors d'activités structurées et non structurées.

Les commentaires lors d'activités structurées sont introduits dès le commencement du programme et ces dernières sont appelées « *sessions d'entraînement* ». Elles renvoient à une situation duelle mettant en relation l'un des parents et l'enfant, autour d'un jeu ou d'un livre, pour une durée de 10 à 15 minutes. Les sessions d'entraînement doivent avoir lieu une à deux fois par jour au début de la prise en charge. Ce type d'activité permet aux parents de se familiariser avec les procédures sans risques, tout en apprenant à les appliquer correctement

(Packman et al., 2015). Durant ces moments, la parole fluide de l'enfant doit être favorisée. L'orthophoniste peut alors, suivant la sévérité du bégaiement et son moment de survenue lors de l'activité, apprendre des techniques aux parents pour « *maximiser le temps de fluence* ». La gestion des tours de parole, l'utilisation de questions fermées, la complétions de phrases ou encore les questions à choix binaires sont conseillées aux parents afin de réduire la complexité du discours. Le thérapeute est invité à prodiguer ces conseils tout particulièrement dans les cas où (Packman et al., 2015) :

- le bégaiement de l'enfant est sévère,
- l'enfant parle longtemps et en détails de sujets abstraits ou imaginés,
- le parent se sent mal à l'aise lorsqu'il mène la conversation,
- l'enfant n'adhère pas à la règle du « chacun son tour »,
- l'enfant s'ennuie rapidement durant les activités,

Dans un second temps, lorsque l'orthophoniste estime que la thérapie est maîtrisée lors des sessions d'entraînement, il peut alors amener les parents à appliquer le programme en situations naturelles de conversation : ce sont les activités non structurées. Ce stade coïncide la plupart du temps, avec une amélioration des résultats chiffrés aux évaluations via les échelles de sévérité. Pendant un certain temps, les deux types d'activités sont présents. Puis progressivement, le thérapeute décide de diminuer la quantité de sessions d'entraînement jusqu'à ce que le programme ne soit plus appliqué qu'en situation naturelles de conversation (Packman et al., 2010 ; Packman, A. et al., 2015).

Ainsi, l'enfant, le thérapeute et les parents sont impliqués de concert tout au long du programme Lidcombe. Le thérapeute forme les parents qui mènent le programme auprès de leur enfant.

2 Grands principes théoriques

2.1 Les thérapies cognitivo-comportementales et le conditionnement opérant

Les thérapies comportementales se sont répandues autour des années 1960, avant d'être suivies de peu par l'émergence d'un courant cognitiviste dans les années 1970 (Simon, 2004) ; (Fontaine & Fontaine, (Eds.), 2011). Ces différentes thérapies avaient pour but d'augmenter le bien-être des patients tout en diminuant leurs difficultés psychologiques. Pour ce faire, les thérapeutes cherchaient à les amener à modifier leurs façons de penser et d'agir, en passant par l'apprentissage dans le but de changer les comportements (observables ou internes) identifiés comme étant inadaptés (Simon, 2004).

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) reposent sur l'exposition progressive à l'élément anxigène tout en renforçant les comportements adaptés et en diminuant ceux considérés comme étant inadaptés. Elles comportent quatre phases d'intervention (Simon, 2004) :

- l'analyse des différents comportements (quand apparaissent-ils, dans quelle(s) situation, quelles en sont ses manifestations, etc)

- la définition des comportements ciblés avec le patient. Cela débouche sur la constitution d'un contrat de prise en charge,
- la recherche de stratégies thérapeutiques répondant aux besoins du patient,
- l'évaluation des résultats et la possible proposition d'autres stratégies.

Les TCC de « *première vague* » ont développé le concept de **conditionnement classique**, ou **conditionnement répondant** (de Pavlov) (Fontaine et al., 2011). Ce principe a été étudié et décrit par Pavlov en 1902 grâce à l'étude du phénomène « stimulus-réponse ». Dans son expérience, il présentait de la nourriture à un chien qui se mettait à saliver en réponse physiologique à ce stimulus. En faisant précéder la nourriture de quelques secondes par un son de cloche, ce second stimulus (le son) se mettait à provoquer à lui seul la salivation du chien, après plusieurs d'associations. Le stimulus « *neutre* » initialement devenait alors « *conditionnel* », tout comme la salivation devenait une « *réaction conditionnelle* ». De plus, ce phénomène disparaissait progressivement si l'on supprimait les associations. La contiguïté des stimuli était donc importante (Fontaine et al., 2011 ; Cottraux, 2017).

De ce premier principe découlera, par la suite, celui de **conditionnement opérant** ou **de type II** (Skinner). Skinner choisit alors de remplacer les termes de « *récompenses* » et « *punition* » utilisés dans le cadre du conditionnement classique par celui de « *renforcements* » (Fontaine et al., 2011). Le conditionnement opérant renvoie alors au fait de sélectionner, par le biais d'un renforcement positif, les comportements à valoriser afin de favoriser une réponse spécifique pour un stimulus donné (Cottraux, 2017). Dans ce cadre, les situations qui précèdent, accompagnent ou suivent le comportement sont prises en compte. On appelle « *stimulus discriminatif* » tout élément de l'environnement du patient qui provoque le comportement ciblé, ici le bégaiement (Simon, 2004 ; Fontaine et al., 2011). Pour Skinner, l'intervention thérapeutique passe par l'identification des éléments entraînant le comportement inadapté, puis par le renforcement des comportements adaptés. Ces renforcements peuvent être de trois sortes (Fontaine et al., 2011) :

- **positifs** : les réponses fournies sont alors valorisées, elles augmentent,
- **négatifs** : les réponses d'évitement augmentent afin de fuir le renforcement négatif,
- **absent** : le comportement va disparaître, faute d'être renforcé.

Ainsi, le programme Lidcombe utilise le principe du conditionnement opérant. En effet, les commentaires des parents sur la parole de leur enfant vont venir agir comme des « renforcements ». Ceux-ci visent à faire diminuer les disfluences, considérées comme étant des comportements inadaptés.

2.2 Les commentaires sur la parole de l'enfant

La méthode du programme Lidcombe repose, entre autre, sur l'attribution, par les parents, de commentaires sur la parole de leur enfant. Ces commentaires peuvent cibler la parole fluide ou bien les moments de bégaiement, dans le cadre d'activités structurées d'abord, puis en contexte de conversations naturelles : ce sont les « *contingences verbales* » (Shenker, 2013 ; Packman et al., 2010 ; Packman, et al., 2015). Il existe cinq types de

contingences : trois ciblant la parole fluente et deux pouvant être attribuées en présence de bégaiement.

Les commentaires pouvant être attribués par les parents lorsque la parole est fluide peuvent être (Shenker, 2013 ; Packman et al., 2010 ; Packman et al., 2015) :

- **des compliments** (ex : « *bien parlé !* », « *quelle parole lisse !* ») : les parents doivent s'appropriier ce type de contingences, afin qu'elles restent sincères, naturelles et correspondent à la personnalité de leur enfant,
- **des demandes d'auto-évaluation** (ex : « *c'était lisse ?* », « *y avait-il une bosse ?* ») : ces contingences concernent les moments où la parole est restée fluide sur un certain intervalle,
- **des constatations** (ex : « *c'était bien lisse.* », « *il n'y avait pas de bosses.* ») : ces commentaires n'ont pas une dimension de jugement, ils doivent être énoncés comme un état-de-fait.

Ces trois types de contingences représentent la grande majorité des commentaires dispensés. L'orthophoniste doit alors veiller à ce que les parents les administrent immédiatement après la parole ciblée, tout en intégrant naturellement ces remarques au discours de l'enfant.

Puis, lorsque les parents sont à l'aise avec ces contingences, les commentaires ciblant la parole bégayée peuvent être introduits. Il en existe deux sortes (Shenker, 2013 ; Packman et al., 2010 ; Packman, et al., 2015) :

- **des constatations** (ex : « *il y a une bosse* », « *il y avait un mot coincé* ») : elles doivent être énoncées sans marques de jugement, tout en passant naturellement à la suite,
- **des demandes d'autocorrection** (ex « *peux-tu le dire à nouveau ?* » « *voyons si tu peux le dire à nouveau en enlevant la bosse* ») : il est important de ne pas persister si l'enfant réagit négativement ou s'il ne parvient pas à « gommer » la dysfluence après répétition.

L'utilisation des contingences verbales par les parents doit rester une expérience positive pour l'enfant, et ce tout au long de son suivi. Pour cela, l'orthophoniste les introduit progressivement et s'assure de leur bonne utilisation par les parents. Il est également important de ne pas administrer plus d'un commentaire « négatif » pour cinq commentaires « positifs ».

Packman et al. (2015) schématisent ainsi la répartition des contingences verbales :

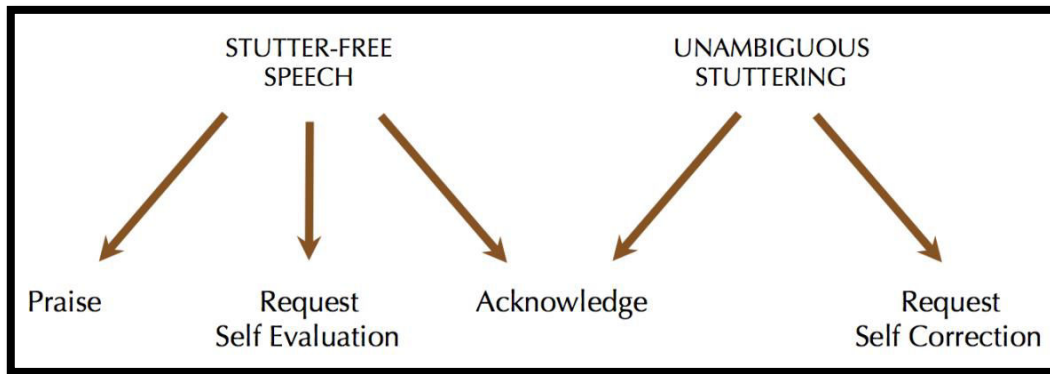


Figure 2 – Les différentes contingences verbales.

Il existe également deux contingences verbales optionnelles pouvant être utilisées par les parents auprès des enfants préscolaires les plus âgés (Packman et al., 2015). Elles consistent à :

- **complimenter une auto-évaluation spontanée** (ex : [enfant] : « *c'était bien lisse !* », [parent] : « *bravo, tu as bien entendu ta parole lisse !* ») : dans ce cas, il faut faire attention à ce que le commentaire du parent porte spécifiquement sur l'auto-évaluation,
- **complimenter une autocorrection spontanée** (ex : « *bravo, tu as gommé cette bosse tout seul* »)

Ainsi, ces diverses manières d'effectuer un feed-back sur la parole de leur enfant doivent être maîtrisées et appliquées par les parents, au travers des deux phases du programme.

2.3 Les échelles de sévérité : mesures du bégaiement

Dès la première rencontre hebdomadaire entre la famille et l'orthophoniste, les parents doivent apprendre comment mesurer la sévérité du bégaiement de leur enfant. Pour cela, ils vont être entraînés à l'utilisation des **échelles de sévérité** prévues par le programme Lidcombe (Packman et al., 2010 ; Packman et al., 2015). Ces échelles permettent d'attribuer un score de sévérité au bégaiement de l'enfant. La notation se fait de **1 à 9**, le score de 1 représentant l'absence de bégaiement, et celui de 9 symbolisant le bégaiement le plus sévère pouvant être imaginé (et non le moment de bégaiement le plus sévère observé chez l'enfant). Les échelles de sévérité ont plusieurs buts (Packman et al., 2015):

- évaluer régulièrement, de façon simple et rapide, l'évolution de la parole de l'enfant,
- alerter l'orthophoniste dans le cas où cette évolution ne serait pas satisfaisante,
- servir de repère pour l'introduction des différentes procédures (contingences, passage en phase 2, etc).

Durant les rendez-vous cliniques, les parents comme l'orthophoniste attribuent une note en choisissant un moment de parole représentatif de la fluence globale de l'enfant durant la séance. Cette note est comparée et discutée par les différents participants à la séance. Les deux scores attribués ne doivent pas avoir plus d'un point d'écart. En cas contraire, c'est la note du clinicien qui prime, de par son expérience clinique du bégaiement. Cela permet d'entraîner les parents à l'attribution de scores appropriés à la sévérité du bégaiement. Il est important que les parents soient précis, afin de ne pas compromettre le déroulement du programme (Packman et al., 2010 ; Packman et al., 2015).

En plus de ces évaluations hebdomadaires, les parents sont amenés à délivrer, chaque jour, une note de sévérité en se fondant soit sur l'ensemble d'une journée, soit sur le temps d'une activité si les occasions ne le permettent pas autrement. Le thérapeute peut ensuite décider d'ajouter des variations dans la notation, en proposant par exemple à la famille de noter également le moment de bégaiement le plus sévère de la journée ou encore de noter le bégaiement lors d'un moment d'échange particulier (repas, etc) (Packman et al., 2010).

Ainsi, la maîtrise des échelles de sévérité est primordiale afin de garantir le bon déroulement du programme. Auparavant, le calcul du pourcentage de syllabes bégayées (%SS) apportait une mesure supplémentaire. Il est dorénavant optionnel.

2.4 Les changements induits en pratique francophone

Le programme Lidcombe diffère des thérapies du bégaiement utilisées habituellement par les orthophonistes français. Dans ce contexte, (Perrot, 2013) a étudié et décrit les modifications introduites par cette nouvelle méthode dans la pratique des cliniciens.

Tout d'abord, l'utilisation du programme semble soulever certaines problématiques. En effet, dans l'étude de (Perrot, 2013), 55% des orthophonistes interrogés déclaraient ressentir des difficultés avec la méthode elle-même. Cela provenait majoritairement de l'aspect « cadrant » du programme (plus objectif et quantitatif), nécessitant une adaptation du praticien, ainsi que de la difficulté, sur la durée, à respecter les règles de la thérapie de manière constante. De plus, 70% des orthophonistes interrogés, évoquaient des difficultés en lien avec les parents. Les problèmes principaux provenaient alors du manque d'adhésion au programme de la part des familles (par manque d'implication ou manque de motivation) ou encore d'emploi du temps incompatibles avec cette thérapie. Enfin, 60% des interrogés avouaient avoir ressenti des réticences vis-à-vis de la méthode, à un moment donné.

Au-delà des difficultés évoquées par les orthophonistes interrogés, (Perrot, 2013) a pu mettre en évidence, au travers de son étude, l'émergence de compétences nouvelles. Celles-ci peuvent être classées selon 3 axes :

- l'apparition de *compétences de « coaching »* évoquées par 65% des orthophonistes interrogés. Pour pouvoir « coacher » les parents, les orthophonistes utilisent tout particulièrement la modélisation, tout en prenant appui sur la motivation des familles,

- une *définition nouvelle des rôles* des différents participants à la thérapie. L'orthophoniste occupe alors une place de formateur et le parent devient acteur de la prise en charge de son enfant. Ce positionnement nouveau induit des modifications dans la relation parent-orthophoniste : le professionnel se retrouve davantage impliqué dans la thérapie et le parent est amené à être plus autonome.
- la *vérification de l'utilisation* de la méthode. En formant les parents, l'orthophoniste accepte que la méthode soit appliquée par un tiers, il est alors nécessaire qu'il puisse s'assurer de sa bonne application.

Les outils utilisés par le programme Lidcombe (commentaire et échelles), ne sont pas considérés comme des nouveautés par les participants de l'étude. En revanche la manière de les utiliser est, elle, considérée comme nouvelle (Perrot, 2013).

Ainsi, selon cette étude, le programme Lidcombe semble exiger une adaptabilité importante de la part des orthophonistes. De leur côté, afin d'individualiser le programme, 38,5% des praticiens déclarent adapter « techniquement » la méthode, 30% en modifient le déroulement temporel et 31% utilisent la modélisation. Enfin, en France, la combinaison du programme Lidcombe à d'autres méthodes de rééducation semble courante, dans le but d'en faciliter la manipulation.

3 Déroulement du programme

3.1 Un programme en deux phases

3.1.1 Phase 1

La première phase du programme vise la diminution progressive du bégaiement jusqu'à l'obtention d'une parole fluide. Durant cette phase, les consultations hebdomadaires comportent différentes activités (Packman et al., 2010 ; Packman et al., 2015) :

- **des conversations avec l'enfant** : les parents et/ou l'orthophoniste distribue(nt) une note sur l'échelle de sévérité, après un moment d'échange avec l'enfant. Cet échange peut être enregistré en vue de calculer le pourcentage de syllabes bégayées.
- **une vérification de l'utilisation des échelles par les parents** : le thérapeute vérifie alors l'utilisation que les parents ont du moyen de mesure, ainsi que la précision de leur appréciation du bégaiement,
- **une discussion des progrès** : parents et orthophonistes reviennent sur l'application du programme lors de la semaine précédente. C'est l'occasion de faire le point sur les moments où ont lieu les sessions d'entraînement, combien de fois par jour, pendant combien de temps, quelles sont les contingences utilisées et pour quels types d'activités, etc
- **une démonstration des parents** : les parents appliquent le programme, lors d'une activité en séance, de la même manière qu'ils le font au quotidien. Le thérapeute peut alors observer leur précision quant à la parole ciblée, l'adéquation de leurs contingences au discours de l'enfant, ou encore le respect des proportions concernant

les commentaires. Cela permet d'engager une discussion portant sur ce qui fonctionne bien ou encore ce qui nécessite certains ajustements,

- **une décision quant aux procédures à suivre** pour la semaine suivante : la famille et l'orthophoniste fixent ensemble le type et la fréquence des contingences, les activités à privilégier, etc.

Lors de la phase 1, les commentaires sont adressés, dans un premier temps, lors d'activités structurées. Puis les situations de conversation naturelles sont progressivement introduites. En fin de phase, le programme est essentiellement dispensé lors d'activités non structurées.

La première phase peut donc être résumée ainsi (Packman et al., 2010) :

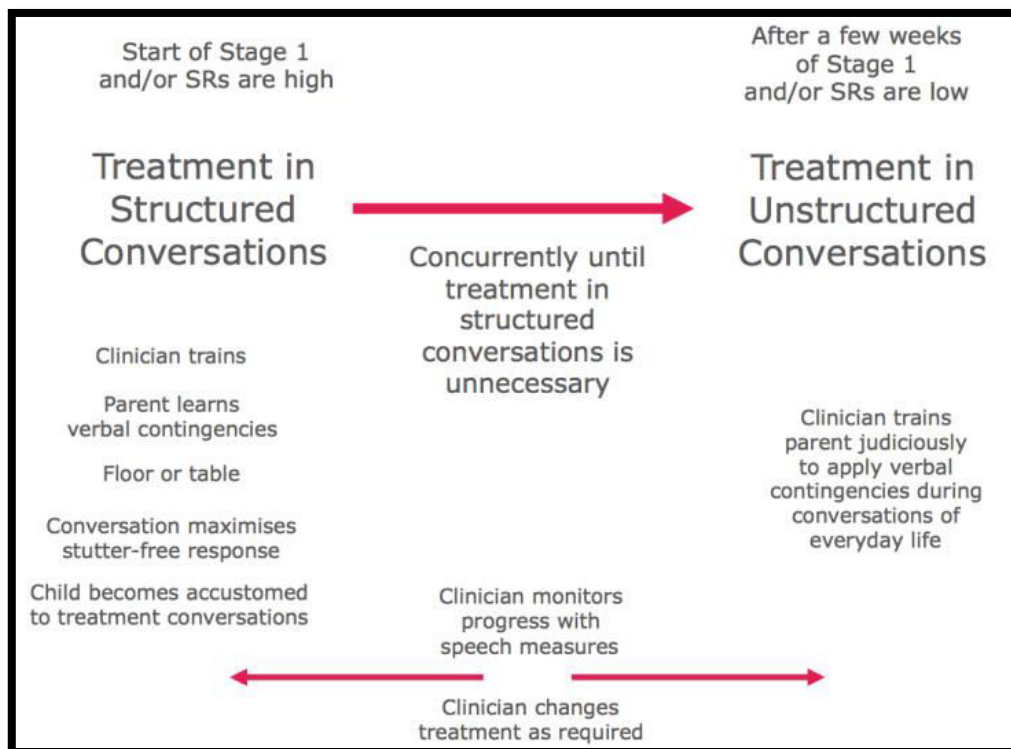


Figure 3 – Le programme Lidcombe, première phase.

3.1.2 Phase 2

Le passage dans la deuxième phase du programme commence à être préparé lorsque les scores à l'échelle de sévérité de la semaine précédente ont été inférieurs ou égaux à 2, avec au moins quatre scores égaux à 1 sur l'ensemble de la semaine.

Le réel passage en phase 2 s'effectue lorsque l'enfant obtient des scores inférieurs ou égaux à 1 pendant trois semaines consécutives, avec pour chaque semaine un score égal à 0 pendant au moins quatre des sept jours. La semaine de préparation ne peut pas être prise en compte dans ce calcul (Packman et al., 2010). Le score chez l'orthophoniste doit pour sa part être égal ou inférieur à 1 sur les trois dernières séances thérapeutiques. Durant cette phase, les contingences verbales des parents disparaissent progressivement et les consultations en

présence de l'orthophoniste sont de moins en moins fréquentes. En effet, les séances sont espacées de deux semaines, puis quatre semaines, puis huit et enfin seize semaines. Cependant, l'enfant doit conserver un très faible taux de disfluences malgré ces modifications. Si les progrès ne se maintiennent pas dans le temps, il est possible de revenir à une étape antérieure, voire en phase 1 (Packman et al., 2010). La seconde phase du programme se termine lorsque les résultats se sont maintenus sur l'espace d'une année ou plus.

Ainsi, la seconde phase du programme a deux objectifs (Packman et al., 2015) :

- rendre les parents entièrement responsables de la gestion du bégaiement de leur enfant,
- maintenir la fluidité de parole atteinte lors de la première phase du programme.

Les parents doivent être particulièrement attentifs à la parole de leur enfant lors de cette seconde période. En effet, le bégaiement n'est (presque) plus présent, cependant une rechute est possible et les signes précurseurs doivent être surveillés.

4 Preuves de l'efficacité du programme

4.1 A l'étranger

Le programme Lidcombe bénéficie actuellement de nombreux appuis scientifiques témoignant de son efficacité.

Certaines études l'ont démontré auprès d'enfants anglophones. C'est notamment le cas de l'équipe d'Harris, Onslow, Packman, Harrison, & Menzies (2002) qui a étudié 23 enfants d'âge préscolaire ayant suivi le programme durant 12 semaines. Leurs résultats témoignent d'une récupération de fluidité deux fois plus rapide dans le groupe ayant bénéficié du traitement, en comparaison avec le groupe contrôle. Ils en concluent alors que le programme Lidcombe a une action significative sur le bégaiement, et qu'elle peut être différenciée d'une récupération naturelle. Pour eux, le traitement est donc sans risques et apporte de bons résultats à court terme.

L'équipe australienne de Jones et al. (2005) a, pour sa part, étudié 54 enfants âgés de 3 à 6 ans et ayant un pourcentage de syllabe bégayées d'au minimum 2%. Ils ont procédé à des recueils d'échantillons de parole dans le groupe contrôle et dans le groupe bénéficiant du programme à 3 mois, 6 mois, puis 9 mois de traitement. Leurs résultats sont significativement en faveur de cette méthode. En effet, la moyenne du pourcentage de syllabes bégayées dans le groupe bénéficiant du traitement est passée à 1,5%, contre 3,9% dans le groupe témoin. Les auteurs en concluent que le programme Lidcombe est efficace sur les moyen et long termes.

Enfin, Miller & Guitar (2009) ont également étudié 15 enfants anglophones d'âge préscolaire, avant leur entrée dans le programme puis 1 an après. Grâce à la mesure du pourcentage de syllabes bégayées et à l'utilisation du Stuttering Severity Instrument, ces auteurs notent une baisse significative du bégaiement chez les enfants ayant bénéficié du traitement. Ces résultats montrent également que la thérapie peut être efficace sur le long terme, même appliquée par des orthophonistes nouvellement formés. En revanche, les

résultats obtenus semblent dépendre du degré de sévérité du bégaiement avant d'entamer le programme.

Lattermann, Euler, & Neumann (2008) ont réalisé une étude auprès de 46 enfants allemands répartis en un groupe contrôle et un groupe ayant bénéficié du traitement durant 16 semaines. Les enfants étaient âgés de 3 ans à 5 ans 11 mois et présentaient un pourcentage de syllabes bégayées supérieur à 3%. Les auteurs ont recueillis des échantillons de parole avant le début du traitement, puis 4 mois après sa fin. Leurs résultats prouvent une baisse significative des disfluences ainsi qu'une augmentation de la qualité de l'articulation chez les enfants ayant bénéficié du suivi. Ils se prononcent donc en faveur de l'efficacité du programme Lidcombe.

Une étude ultérieure a été réalisée auprès de 10 enfants suédois âgés de 2 ans 9 mois à 5 ans 8 mois (Femrell, Åvall, & Lindström, 2012). Avant d'être pris en charge grâce au programme Lidcombe, ces enfants présentaient une moyenne de 10,1% de syllabes bégayées. Leurs résultats montrent que 8 des 10 enfants ont achevé le traitement. Ils ont été évalués à nouveau 2 ans après leur passage en phase 2. Le bégaiement avait significativement baissé à l'issue du programme et l'amélioration se maintenait 2 ans après. Cette étude prouve donc, une fois de plus, que le programme Lidcombe est efficace à long terme.

Ainsi, de nombreuses études démontrent l'intérêt de l'utilisation du programme Lidcombe dans la prise en charge du bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire. Le traitement se révèle efficace sur les court, moyen et long termes, et ce dans différentes langues.

4.2 En France

Les études menées en France concernant l'efficacité du programme sont plus rares. Tomasi (2014) a étudié, au travers de son mémoire, 29 enfants français d'âge préscolaire tout au long de leur traitement. Ses résultats démontrent que le bégaiement a été réduit de 23% au bout des 6 premières semaines de suivi. Le programme était donc efficace. De plus, elle a mis en évidence le fait que les enfants atteignent la phase 2 du programme en moyenne au bout de 15 séances (contre 12 pour l'équipe australienne ayant imaginé le programme). Afin d'expliquer ce léger retard, Tomasi (2014) évoque le manque de régularité dans le suivi (vacances scolaires, etc), la durée des séances de trente minutes (vs une heure prévue par le programme) ou encore l'approche comportementale, moins familière pour les professionnels français.

A la suite de cette étude, Arbel-Lestrangé & Lawson (2015) ont étudié, au travers d'un autre mémoire, 11 enfants d'âge préscolaire afin de montrer que le traitement était efficace à court terme. Puis 25 autres enfants ont été étudiés afin de prouver cette fois l'efficacité du programme à moyen terme. Leurs résultats étaient concluants même si, ici aussi, la thérapie demandait davantage de temps qu'en Australie afin de faire ses preuves. Cette fois, les auteurs avancent comme facteurs d'explication les difficultés d'appropriation de la méthode par les orthophonistes ou encore la formation récente des professionnels.

Leclercq & Kister, (2015) ont cherché, pour leur part, à évaluer l'efficacité du programme Lidcombe en conditions réelles de pratiques clinique. Leur population comprenait 4 enfants bègues depuis au moins 6 mois. La mesure du pourcentage de syllabes bégayées, la durée moyenne des trois plus gros blocages ainsi que le nombre de comportements accompagnateurs ont été relevés avant la prise en charge, à 1 mois et demi ou 2 mois après le début du suivi, à la fin de la première phase, en fin de prise en charge puis 1 an après. Leurs résultats montraient une baisse de 5% lors du post-test immédiat et cela se maintenait 1 an après. Les auteurs en concluent que le programme Lidcombe est efficace, et ce rapidement. De plus, les comportements des enfants étaient décrits comme plus avenants et sociables à la fin du traitement, selon leurs proches. Néanmoins, pour atteindre de bons résultats, les auteurs mettent en avant la nécessité de rester relativement fidèle au programme.

Ainsi, en France également, le programme Lidcombe s'impose comme l'une des thérapies du bégaiement les plus efficaces chez l'enfant d'âge préscolaire.

5 Place de l'alliance thérapeutique

Freud a été le premier à évoquer le concept d'*alliance thérapeutique*. Cela renvoie, pour lui, à la nécessité de créer « un pacte » avec le patient, dans le but d'atteindre des objectifs fixés ensemble. L'alliance résulte alors d'un travail thérapeutique adapté et suppose confiance, mutualité et négociation entre les différents participants à la prise en charge (Bioy, Bénony, Chahraoui, & Bachelart, 2012). Zetzel affirmera par la suite que l'efficacité de toute intervention auprès d'un patient repose essentiellement sur cette alliance, elle-même dépendante de la capacité du praticien à établir une relation de confiance stable entre les différents participants à la prise en charge. Pour Vincent (Vincent, 2016), l'alliance thérapeutique est également un élément clef de la réussite d'une prise en charge orthophonique. Elle ajoute que cela demande aux différents participants de faire preuve de motivation et de s'engager dans le traitement. Ceci est d'autant plus vrai qu'une prise en charge dans le cadre d'un bégaiement demande un suivi régulier sur plusieurs mois et donc un investissement personnel conséquent de la part du patient et de sa famille.

L'alliance thérapeutique implique donc une collaboration mutuelle et la mise en place d'un partenariat entre les différents acteurs de la prise en charge. L'orthophoniste doit alors définir des objectifs en prenant en compte le positionnement de l'interlocuteur privilégié de l'enfant. Ainsi, même si le thérapeute est à l'origine de la marche à suivre, il est important qu'il responsabilise les parents dans le suivi de leur enfant afin qu'ils s'en approprient les décisions principales (Witko, 2013). Dans le cadre du programme Lidcombe, les parents ne sont pas seulement les interlocuteurs privilégiés du thérapeute, mais les exécuteurs du programme. A ce titre, le thérapeute doit non seulement tenir compte de leur positionnement, mais doit surtout les intégrer pleinement au suivi entrepris.

Enfin, Biehal (2008), présentait cette alliance comme étant le moteur du changement. Il a en effet été démontré que dans le cadre des thérapies cognitivo-comportementales, l'alliance thérapeutique était le meilleur facteur prédictif de la réussite ou de l'échec de la prise en charge (Despland, de Roten, Martinez, Plancherel, & Solai, 2000). Or, le programme Lidcombe, étudié au travers de ce mémoire, repose sur des principes issus de ces thérapies, ce qui justifie le fait de porter une attention toute particulière à la relation thérapeutique, dans le cadre de cette prise en charge.

PARTIE 2 :
PARTIE METHODOLOGIQUE

1 Cadre de l'étude

1.1 Présentation de la problématique

Comme nous avons pu l'exposer jusqu'ici, le Programme Lidcombe induit des modifications dans la posture de l'orthophoniste, aussi bien au sein de sa pratique clinique que dans le déroulement même de la prise en charge du bégaiement. En effet, dans ce cadre, ce sont les parents qui mènent la thérapie auprès de leur enfant, dans leur quotidien. L'orthophoniste devient alors « formateur » et accompagne la famille en fournissant les informations nécessaires pour mener à bien le programme. Les séances d'orthophonie permettent de faire un point hebdomadaire sur l'avancement de la thérapie, sur les difficultés rencontrées par les parents ou encore sur les progrès effectués par l'enfant.

Les rôles de chacun sont donc redistribués : l'orthophoniste n'est plus dans une posture rééducative, mais dans une posture davantage pédagogique ; les parents deviennent, pour leur part, pleinement acteurs de la prise en charge. Les relations traditionnellement asymétriques entre un professionnel du soin (possédant des savoirs théoriques sur la pathologie) et des parents (spécialistes de leur enfant et en recherche d'aide), deviennent davantage symétriques dans le programme Lidcombe. Cela a plusieurs conséquences : le thérapeute partage ses savoirs aux parents et leur donne la possibilité de mener la prise en charge ; les parents deviennent en partie responsables de la réussite de la thérapie.

Ces nouveaux rôles peuvent alors impacter la mise en place du partenariat nécessaire à l'établissement de l'alliance thérapeutique. De plus, le programme Lidcombe reposant sur des principes issus des thérapies cognitivo-comportementales, cette alliance thérapeutique serait le meilleur facteur prédictif de la réussite ou de l'échec de la prise en charge (Despland et al., 2000). Dans ce contexte, la relation établie entre le professionnel de soin et les parents participant au programme Lidcombe semble être un facteur intéressant à étudier.

En partant de ces constats, nous avons établi la problématique suivante :

Quelle place occupe la relation thérapeutique entre les parents et l'orthophoniste dans la mise en place du programme Lidcombe. ?

Nous nous intéresserons d'une part à **l'importance que revêt cette relation, pour le thérapeute comme pour les parents**. D'autre part, nous nous pencherons sur **la manière dont se positionnent les différents acteurs de la prise en charge**, lors de ce suivi spécifique.

Notre étude s'inscrit comme un préambule visant à investiguer la nécessité de réaliser ultérieurement un travail contrôle prenant cette fois en compte l'impact de la qualité de la relation thérapeutique établie entre les parents et le thérapeute sur l'efficacité du traitement. Ce second travail aurait alors pour but d'étudier en quoi la qualité de cette relation thérapeutique influence l'efficacité de l'action des parents sur leur enfant, lors de l'utilisation du programme Lidcombe.

1.2 Présentation des Hypothèses

Afin de pouvoir répondre à cette problématique, nous avons élaboré deux hypothèses théoriques, chacune décomposée en plusieurs hypothèses opérationnelles :

Hypothèse théorique 1 - HT1 : La relation établie entre les parents et l'orthophoniste occupe une place importante dans le programme Lidcombe.

- *Hypothèses opérationnelles* :

- **Hypothèse Opérationnelle 1- HO1** : Le programme Lidcombe suppose l'établissement d'une alliance thérapeutique particulière.
- **Hypothèses Opérationnelle 2 – HO2** : Les orthophonistes utilisent différents moyens afin d'assurer une alliance thérapeutique avec les parents.
- **Hypothèses Opérationnelle 3 – HO3** : Les parents considèrent que la qualité de la relation établie avec l'orthophoniste influence le bon déroulement du programme

Hypothèse théorique 2 - HT2 : Les parents comme l'orthophoniste trouvent leur place dans cette définition horizontale de la relation thérapeutique.

- *Hypothèses opérationnelles* :

- **Hypothèse Opérationnelle 4- HO4** : Les parents acceptent d'avoir un rôle actif dans la PEC de leur enfant et ne sont pas dérangés par cette situation.
- **Hypothèse Opérationnelle 5 – HO5** : L'orthophoniste accepte son rôle de formateur et non d'unique acteur de la rééducation

Ainsi, les hypothèses opérationnelles présentées ci-dessus nous permettront de tester la plausibilité de nos hypothèses théoriques et la pertinence de notre problématique.

2 Population

2.1 Critères d'inclusion

Dans le cadre de notre étude, nous avons sélectionné deux populations différentes. Afin de mieux les distinguer, nous les appellerons **population A** et **population B**. Elles remplissent respectivement les critères d'inclusion énoncés dans le tableau ci-après :

Critères d'inclusion de la population A	Critères d'inclusion de la population B
<ul style="list-style-type: none"> - Orthophonistes diplômé(e)s, - Exerçant en France, - Formé(e)s au programme Lidcombe, - Prenant en charge au moins un patient grâce à cette méthode. 	<ul style="list-style-type: none"> - Parents d'enfants ayant suivi une prise en charge pour un bégaiement et pour laquelle le programme Lidcombe a été utilisé, - Le programme doit avoir été suivi dans son intégralité et la prise en charge doit être terminée.

2.2 Critères d'exclusion :

Pour cette étude, en opposition aux critères d'inclusion présentés ci-dessus, ne seront pas inclus les participants correspondants aux critères suivants :

Critères d'exclusion de la population A	Critères d'exclusion de la population B
<ul style="list-style-type: none"> - Orthophonistes non formés au programme Lidcombe - Orthophonistes formés au programme Lidcombe n'ayant jamais proposé cette méthode à un patient. 	<ul style="list-style-type: none"> - Parents d'enfants qui bégaièrent et pour lesquels une autre méthode que le programme Lidcombe a été employée, - Parents d'enfants qui bégaièrent et pour lesquels le programme Lidcombe n'a pas été suivi dans son intégralité ou n'est pas terminé

2.3 Recrutement :

Les populations A et B ont toutes deux été recrutées par voie électronique.

La **population A** a été recrutée grâce aux réseaux sociaux, via des groupes dédiés aux orthophonistes formés au programme Lidcombe, mais aussi grâce à l'aide du Syndicat des Orthophonistes de Meurthe et Moselle (SOMM 54), qui a accepté de nous aider dans notre recherche de participants.

La **population B** a, pour sa part, été recrutée grâce aux orthophonistes pratiquants le programme Lidcombe qui se sont porté(e)s volontaires pour diffuser l'étude auprès de leurs patients remplissant les critères d'inclusion.

2.4 Echantillons

Dans le cadre de notre étude, nous avons procédé à des échantillonnages « non probabilistes » ou « empiriques » (Jacquemain, 2014 ; Martin, 2017), et ce pour les deux populations ciblées. En effet, les personnes interrogées n'ont pas été choisies de manière aléatoire mais nous considérons qu'elles constituent une représentation satisfaisante des populations-mères. Les échantillons que nous avons sélectionnés sont circonscrits :

- **Pour la Population A** : aux participants répondant aux critères d'inclusion susmentionnés et étant :
 - o soit présents sur les réseaux sociaux et membres de groupes dédiés aux professionnels sensibilisés à la question du bégaiement,
 - o soit accessibles par voie électronique et membres de la liste de diffusion du SOMM54.
- **Pour la population B** : aux participants répondant aux critères d'inclusion susmentionnés et dont les adresses électroniques nous ont été communiquées par des orthophonistes, formés au programme Lidcombe, s'étant portés volontaires.

Etant donné que la participation à notre étude repose sur le principe du volontariat, nous espérons recueillir au moins 30 participants pour chaque échantillon, afin que les statistiques effectuées puissent être considérées comme représentatives des populations étudiées.

3 Outils méthodologiques :

3.1 Un choix méthodologique : le questionnaire

Afin de réaliser notre étude, nous avons choisi d'avoir recours au *questionnaire*. Ce procédé scientifique fait partie des techniques d'enquête sociologique, au même titre que l'entretien (Fenneteau, 2015). Cependant, à la différence d'une rencontre en face à face ou d'un appel téléphonique, le questionnaire présente l'avantage d'être peu coûteux, peu contraignant et peu chronophage. De plus, grâce à sa facilité de diffusion, cette méthode nous permet d'interroger un grand nombre d'individus.

Toujours dans l'optique de maximiser le nombre de réponses, nous avons fait le choix de deux *questionnaires auto-administrés*, afin que chaque participant puisse progresser de façon autonome, à son rythme tout en diminuant les biais liés à l'enquêteur.

Ainsi, grâce à un nombre de répondants plus élevé, la méthode du questionnaire apporte une meilleure **validité externe** à notre étude. En effet, les réponses obtenues auront tendance à être plus uniformes, ce qui rendra la généralisation à l'ensemble de la population possible. La **validité interne** est, quant à elle, plus faible puisque les réponses ne pourront pas être aussi nuancées que lors d'un entretien par exemple, et qu'aucune rétro-action ne sera possible (Jacquemain, 2014). Enfin, pour notre étude, nous considérons que la **validité écologique** est satisfaisante puisque les résultats obtenus seront transposables aux conditions réelles d'utilisation du programme Lidcombe.

Enfin, nos questionnaires s'inscrivent dans une enquête transversale puisque nous cherchons à recueillir des données à un instant « t ».

3.2 Elaboration des questionnaires

Afin d'élaborer nos questionnaires, de par le temps et les moyens impartis pour la réalisation de notre étude, nous n'avons pas réalisé d'enquête préliminaire par observation ou par entretien, comme il est généralement conseillé de le faire. Cependant, afin que nos données soient exploitables, nous avons eu recours à différentes sources d'information (Fenneteau, 2015) :

- tout d'abord, afin que nos questionnaires soient pertinents, il était indispensable que les réponses obtenues puissent nous permettre de répondre à notre problématique et aux hypothèses qui en découlent. Chaque question posée devait donc être nécessaire et non superflue au regard des objectifs de l'étude,
- ensuite, nos questions ont été constituées en partie grâce aux lectures théoriques effectuées, qui nous ont, notamment, permis de constituer les questions fermées à choix multiples, afin que les options proposées envisagent un large panel de possibilités,
- enfin, les échanges avec des professionnels cliniciens pratiquant le programme Lidcombe ont été d'une grande aide afin de définir les domaines pertinents à approfondir.

Pour finir, nous avons soumis chacun de nos questionnaires à un pré-test afin d'en vérifier la bonne constitution et la pertinence.

3.2.1 Choix de la forme des questions

Afin de constituer nos questionnaires, nous avons dû réfléchir attentivement aux formes que nous voulions donner à nos questions, notamment en fonction du type d'information que nous attendions en réponse. Nous avons alors choisi parmi les trois formes existantes, présentées ci-après (Fenneteau, 2015).

3.2.1.1 Les questions fermées

Face à ce type de question, la personne interrogée doit choisir la réponse qui lui convient le mieux parmi les différentes modalités proposées. Afin de ne pas biaiser les résultats, il est nécessaire que la liste des choix à disposition soit homogène et équilibrée. Ainsi, toutes les réponses doivent suivre la même logique, et les différents versants du phénomène étudié doivent être représentés. Cela suppose donc que tous les cas de figure possibles aient été envisagés.

Les questions fermées utilisées dans nos questionnaires ont été constituées grâce à la littérature disponible sur le sujet mais également grâce à l'apport de professionnels pratiquant eux-même le programme Lidcombe.

L'utilisation de questions fermées présente l'avantage de faciliter le traitement des résultats en proposant un cadre de référence. En effet, les informations obtenues sont alors directement standardisées et peuvent être analysées statistiquement sans réaliser de codage supplémentaire. En revanche la finesse de l'analyse est limitée. Pour cette raison, malgré leur utilité statistique, ces questions ne sont pas les seules utilisées dans notre étude.

Il existe plusieurs sortes de questions fermées, toutes trois représentées dans nos formulaires :

- **les questions fermées à choix unique** : le répondant est amené à choisir 1 seule modalité parmi celles qui lui sont proposées,
- **les questions fermées à choix multiples** : le répondant peut choisir de sélectionner plusieurs modalités parmi celles qui lui sont proposées,
- **les échelles de mesures** :
 - *échelle de Likert* : le répondant doit déterminer son degré d'accord ou de désaccord avec la proposition énoncée (ex : échelle allant de « pas du tout d'accord » à « totalement d'accord »),
 - *échelle d'Osgood* : le répondant doit se positionner sur un continuum liant 2 adjectifs sémantiquement opposés (ex : sur une échelle de 1 à 7 se positionner entre « Grave 1 2 3 4 5 6 7 Pas grave »),
 - *échelle de Thurstone* : le répondant doit se positionner sur une suite ordonnée de termes décrivant un même phénomène (ex : échelle allant de « très insatisfait » à « très satisfait »).

3.2.1.2 Les questions ouvertes

Les réponses obtenues grâce aux questions ouvertes peuvent donner lieu à l'analyse de plusieurs variables, ce qui en fait une source particulièrement riche en informations. Par ce moyen, nous pouvons interroger les différents participants sans qu'aucune réponse ne leur soit suggérée. Ces derniers sont alors invités à s'exprimer librement, de façon spontanée, ce qui peut permettre l'émergence de nouvelles idées et réflexions autour du sujet de l'étude.

Afin de favoriser la spontanéité des répondants, nous avons choisi de ne pas exiger de réponses particulièrement détaillées. Nous avons donc indiqué, pour chaque question ouverte, qu'une réponse courte était suffisante. De plus, la participation à nos questionnaires reposant sur le principe du volontariat, nous supposons que les répondants recensés dans cette étude éprouaient un intérêt pour le sujet suffisant à susciter leur motivation de répondre aux questions ouvertes.

L'inconvénient principal que présente l'utilisation de ce type de questions réside dans l'analyse des données récoltées, qui se trouve alourdie. En effet, il existe deux techniques pour traiter les données ainsi obtenues :

- *la lexicométrie* : ce traitement s'effectue généralement grâce à l'utilisation d'un logiciel spécifique permettant de calculer la fréquence des différents mots utilisés par les répondants. Dans le cadre de notre étude nous n'utiliserons pas cette méthode, trop peu synthétique pour nous permettre d'analyser finement les résultats obtenus,
- *le post-codage* : cette technique de traitement est la plus complexe. Elle consiste à définir de façon subjective des catégories regroupant les réponses proches dans le but d'attribuer ensuite un code à chaque section nouvellement constituée. Cela permet alors de synthétiser les résultats tout en leur appliquant le même traitement statistique que celui utilisé pour les questions fermées. Nous utiliserons cette méthode pour l'analyse de nos données.

Quelques précautions s'imposent néanmoins. Les réponses aux questions ouvertes dépendent en partie du niveau socioculturel des personnes interrogées. Dans le cas du questionnaire adressé à la population A, le problème ne se pose pas puisque le niveau socioculturel peut être considéré comme relativement homogène. Concernant la population B, nous en tiendrons compte dans l'analyse et la discussion de nos résultats, tout particulièrement concernant l'interprétation des réponses floues, plus difficiles à coder.

Ainsi, introduire des questions ouvertes au sein de nos questionnaires nous a semblé indispensable afin d'interroger les représentations et les opinions de nos répondants. Les données obtenues nous permettront d'apporter de précieux éléments d'interprétation.

3.2.1.3 Les questions mixtes

Tout comme les questions fermées, les questions mixtes proposent un certain nombre de modalités de réponse. Cependant, elles s'approchent également des questions ouvertes car elles offrent au participant la possibilité de s'exprimer librement s'il ne trouve pas de réponse qui lui convienne. Cette modalité supplémentaire est représentée dans notre étude par la catégorie « *autre* », disponible en fin de liste.

Ce type de question offre l'avantage de faciliter le traitement des réponses lorsque les personnes interrogées choisissent une modalité de la liste proposée. Cependant, lorsque le répondant préfère la catégorie « *autre* », le traitement nécessite d'avoir recours, ici aussi, à un post-codage.

Dans notre étude, nous avons choisi de proposer ce type de questions afin de pouvoir prendre en compte les opinions et comportements non envisagés et parfois marginaux. Il nous paraissait important de ne pas restreindre certaines réponses, afin de tenir compte des vécus particuliers.

3.2.2 Agencement des questionnaires

Pour l'agencement de nos questionnaires, nous avons utilisé l'outil « *Google Formulaire* ». Son accès est simple, ce qui en facilite la diffusion. L'utilisation de cet outil nous permet de limiter les erreurs de réponses des personnes interrogées. En effet, le répondant ne peut passer à la section suivante sans avoir répondu aux questions rendues obligatoires. Cette mesure évite les omissions. De plus, l'ordre de passation est prédéfini afin d'éviter que les questions ne s'influencent entre elles. Pour chaque question, le nombre de réponse est également contraint, évitant ainsi les erreurs portant sur les questions fermées à choix unique ou multiple.

D'autre part, l'utilisation de « *Google formulaires* » nous permet d'avoir un regard en temps réel sur le nombre de répondants ayant déjà participé, et ainsi anticiper les relances à effectuer.

Afin de rendre la passation la plus agréable possible, nous avons porté une attention toute particulière à la structuration de nos questionnaires (Jacquemain, 2014 ; Fenneteau, 2015).

Tout d'abord, nous avons formulé les questions simplement, en choisissant un vocabulaire adapté et accessible à tous. Cet aspect était indispensable pour limiter les risques d'incompréhension ou de mauvaise interprétation des questions, qui auraient pu fausser les résultats.

Ensuite, nous avons réfléchi l'organisation globale de nos questionnaires, afin qu'elle paraisse cohérente et harmonieuse aux yeux des répondants. Nos deux formulaires débutent par une courte introduction présentant le thème et les objectifs de l'étude. Cette première approche nous permet de mettre les personnes interrogées en confiance en leur rappelant qu'il n'existe ni bonne, ni mauvaise réponse, tout en leur garantissant l'anonymat. Nous terminons ce paragraphe par des remerciements d'usage. Puis, chaque questionnaire comprend une première série de questions, intitulée « *informations générales* », visant à recueillir des renseignements signalétiques, tout en mettant les répondants à l'aise en leur permettant de répondre à des questions simples. Les questionnaires s'organisent ensuite autour de grandes thématiques, signalées aux participants par des titres annonçant le changement de sujet. Nous avons cherché à proposer une progression allant du plus général vers le plus particulier. Les questions ouvertes sont proposées en fin de sections, afin d'apporter des précisions et des nuances sur les réponses données auparavant.

Enfin, nous avons fait en sorte que la passation ne soit pas trop longue en limitant le nombre de questions. En effet, bien que s'étant portés volontaires, nous sommes pleinement consciente de l'emploi du temps chargé des orthophonistes et des familles ainsi que d'une certaine lassitude.

3.2.3 Pré-test et ajustements des questionnaires

Tester les questionnaires avant leurs réelles diffusions constitue une étape essentielle afin d'en vérifier la bonne constitution ou encore la pertinence (Jacquemain, 2014 ; Fenneteau, 2015). Cette étape nous a permis d'apporter des modifications nécessaires à l'amélioration de nos formulaires. Afin de réaliser nos pré-tests, nous avons contacté des participants répondant aux mêmes critères d'inclusion et d'exclusion que nos populations-mères. Nous avons donc soumis chaque questionnaire à un sous-échantillon de testeurs représentant *10% du nombre de répondants espéré*, c'est-à-dire trois personnes puisque nous espérons au moins 30 participants dans chaque échantillon.

Le questionnaire destiné à la population A a été soumis à trois orthophonistes formés au programme Lidcombe. Leurs retours nous ont notamment permis d'apporter les modifications suivantes :

- reformuler certaines questions (3,6), afin de les clarifier,
- ajouter une question ouverte à l'item 14.1, afin de pouvoir nuancer les réponses apportées en 14,
- ajouter une question finale destinée à récupérer les adresses mails des orthophonistes qui voudraient bien se porter volontaires pour diffuser le questionnaire B au sein de leur patientèle,
- remplacer certains termes par d'autres jugés plus précis,
- apporter des modifications de forme (ajout ou suppression de points, majuscules, guillemets, etc).

Le questionnaire destiné à la population B a été soumis à trois parents d'enfants ayant suivi une prise en charge pour un bégaiement et pour laquelle le programme Lidcombe a été utilisé. Seuls deux familles nous ont répondu. Afin d'obtenir un troisième avis, nous avons soumis notre questionnaire à l'enseignante chargée de l'UE d'enseignement en statistiques. Leurs retours nous ont notamment permis d'apporter les modifications suivantes :

- modifier l'échelle de la question 7,
- ajouter la catégorie « *autre* » à la question 15 pour ne pas négliger de possibilités,
- remplacer certains termes par d'autres jugés plus précis,
- apporter des modifications de forme (ajout ou suppression de points, majuscules, accords féminisés, etc).

Nos deux questionnaires ainsi modifiés ont été jugés aptes à être diffusés.

3.2.4 Versions finales des questionnaires

Les versions définitives de nos deux questionnaires sont disponibles en annexe N°2 et 3. Ils sont constitués comme présenté ci-après :

	Nombre de Questions Fermées			Nombre de Questions ouvertes	Nombre de Questions Mixtes	
	Questions à choix unique	Questions à choix multiples	Echelles de mesures			
Questionnaire Population A	8 (Q1, Q2, Q4, Q5, Q6, Q10, Q12, Q13)	1 (Q11)	2 (Q9, Q10.1)	8 (Q6.1, Q7, Q8, Q9.1, Q12.1, Q14.1, Q15, Qsubsidaire)	5 (Q3, Q4.1, Q5.1, Q13.1, Q14)	
Nombre TOTAL de questions	11			8	5	24
Questionnaire Population B	9 (Q1, Q2, Q3, Q4, Q4.2, Q5, Q12, Q18, Q20)	0	10 (Q7, Q8, Q10, Q11, Q13, Q14, Q15.1, Q16, Q19, Q21)	3 (Q18.1, Q20.1, Qsubsidaire)	7 (Q4.1, Q5.1, Q6, Q9, Q12.1, Q15, Q17)	
Nombre TOTAL de questions	19			3	7	29

Figure 4 - répartition des différents types de questions au sein des deux questionnaires de l'étude

3.2.5 Standardisation et diffusion des questionnaires

Nous considérons que nos questionnaires sont standardisés puisqu'ils sont identiques pour tous les participants de l'étude.

L'utilisation de « *Google Formulaire* » nous permet de diffuser notre questionnaire destinés à la population A sur les réseaux sociaux, auprès de groupes dédiés aux orthophonistes formés au programme Lidcombe, grâce à un lien qu'il suffit de suivre. D'autre part, nous avons fourni au Syndicat des Orthophonistes de Meurthe et Moselle (SOMM 54) un mail contenant le lien menant à notre questionnaire, accompagné d'explications sur notre démarche, afin qu'ils le transmettent à leurs adhérents. Enfin, nous avons diffusé le lien menant au questionnaire destiné à la population B par voie électronique, auprès des orthophonistes s'étant portés volontaires.

3.3 Mode de traitement des données

3.3.1 Présentation des données attendues

Les données qualitatives et quantitatives récoltées sont étudiées afin de vérifier nos hypothèses de la façon suivante :

		Questions dont les réponses permettent de dégager des tendances concernant nos hypothèses	Questions fournissant des éléments d'interprétation supplémentaires	
Hypothèse Théorique 1 (HT1)	Hypothèse Opérationnelle 1 (HO1)	Q9, Q9.1, Q11, Q4.2	Q7, Q8, Q10.1, Q13, Q13.1, Q14, Q14.1 Q4, Q4.1, Q12, Q12.1, Q15, Q15.1, Q17	Q1, Q3, Q10, Qsubsidaire Q1, Q2, Q3, Q5, Q5.1, Qsubsidaire
	Hypothèse Opérationnelle 2 (HO2)	Q4, Q4.1, Q5, Q5.1, Q6, Q6.1	Q7, Q8	
	Hypothèse Opérationnelle 3 (HO3)	Q15, Q15.1, Q16, Q21	Q9, Q17, Q18, Q18.1	
Hypothèse Théorique 2 (HT2)	Hypothèse Opérationnelle 4 (HO4)	Q6, Q7, Q8, Q10, Q11, Q14, Q19, Q20	Q12, Q12.1, Q13, Q18, Q18.1, Q20.1, Q21	
	Hypothèse Opérationnelle 5 (HO5)	Q12, Q12.1	Q2, Q7, Q8, Q13, Q13.1, Q14, Q14.1	

Légende **Bleu** : Questions appartenant au questionnaire destiné à la population A

Vert : Questions appartenant au questionnaire destiné à la population B

Figure 5 – répartition des questions en fonction des données attendues.

3.3.2 Analyse quantitative

Réaliser une analyse quantitative de nos questionnaires nous permet de dégager des prévalences grâce au traitement statistique des réponses obtenues. Ce traitement statistique de nos données nous permet de synthétiser nos résultats mais également de mettre en évidence les liens existants entre différentes variables. La réalisation de *statistiques descriptives*, utilisant des *pourcentages*, est particulièrement utile afin de décrire la façon dont se répartissent les répondants.

Afin d'investiguer l'existence de corrélations entre les différentes réponses que nous avons obtenues, nous utilisons le *test de corrélation de Pearson* (« BiostaTGV - Statistiques en ligne », 2019). Pour ce faire, nous avons préalablement attribué des scores à chaque item proposés pour nos questions à échelles. Ces scores, allant de 0 à 4, correspondent au nombre de modalités disponibles pour y répondre. De cette manière, nous obtenons des données quantitatives qui nous permettent de rechercher l'existence de liens entre les différents domaines étudiés. Les différents domaines que nous avons cherché à croiser sont synthétisés dans les tableaux ci-dessous.

	Q10.1 : da question de la relation mérite d'être davantage abordée ?	Q12 : difficultés avec rôle de formateur ?	Q13 : demandes de modifications des habitudes familiales ?
Q2 : régularité de la pratique ?	X	X	X
Q9 : relation différente d'autres suivis ?	X	X	X

Figure 6 – Domaines croisés afin de questionner leurs corrélations – questionnaire orthophoniste.

	Q13 : les parents s'attendaient à participer ?	Q14 : appréciation du rôle actif ?	Q15.1 : qualité de la relation avec l'orthophoniste ?	Q16 : place donnée à la relation thérapeutique ?	Q21 : satisfaction vis-à-vis du programme
Q7 : appropriation du programme par les parents ?	X	X	X	X	X
Q8 : sentiment de compétence ressenti par les parents ?	X	X	X	X	X
Q10 : facilité à appliquer les contingences verbales ?	X	X	X	X	X
Q11 : facilité à utilisé l'échelle de notation ?	X	X	X	X	X
Q19 : les parents trouvent le PL adapté à la parentalité ?	X	X	X	X	X

Figure 7 – Domaines croisés afin de questionner leurs corrélations – questionnaire parents.

Les questions fermées sont facilement analysables statistiquement. Le *post-codage*, appliqué aux questions ouvertes, nous permet par la suite de pouvoir traiter ces données de la même façon que nos questions fermées. Concernant les questions mixtes, elles sont partiellement analysées, pour leur part, grâce à un post-codage puisque la catégorie « autre » nécessite une analyse qualitative au préalable.

3.3.3 Analyse qualitative

La réalisation d'une analyse qualitative est nécessaire afin de traiter les réponses obtenues aux questions ouvertes et aux questions mixtes dans la catégorie « *autre* ». Cette analyse nous permet de regrouper les réponses proches au sein de catégories auxquelles nous attribuons un score, afin de pouvoir les analyser statistiquement.

L'analyse qualitative nous permet de dégager certaines tendances générales ou encore des « configurations » particulières, dans le but de comprendre une situation ou un phénomène. Cela nous permet également de ne pas laisser de côté les éventuelles particularités interindividuelles, qui pourront par exemple, être mises en valeur dans la discussion de nos résultats.

3.4 Précautions méthodologiques

Lors de la constitution d'un questionnaire, il faut être conscient de l'existence d'un certain nombre de biais, afin de chercher à réduire leur survenue. Pour cela, il ne faut pas prêter attention uniquement au contenu des questions mais aussi à la manière dont elles sont formulées, à leur agencement, etc.

Nous présentons ci-dessous les principaux types de biais dont nous avons cherché à tenir compte dans la création de nos questionnaires (Jacquemain, 2014).

3.4.1 Biais cognitifs

Les biais cognitifs, également appelés « *effets de cadrage* », se rapportent à tous les éléments qui peuvent induire une réponse particulière chez le répondant. Parmi ceux-ci nous pouvons noter :

- *les biais liés à la formulation même des questions* : afin d'obtenir une réponse la plus véridique possible, il est nécessaire de rechercher une formulation objective, n'induisant pas un certain type de réponses. Dans le cadre de notre étude, nous avons cherché à réduire ce biais en ayant recours à un pré-test ainsi qu'en utilisant un certain nombre de questions ouvertes, permettant de ne pas restreindre les personnes interrogées.
- *les biais liés à l'effet de récence* : ce type de biais apparaît lorsque les questions portent sur un sujet nécessitant au répondant de se remémorer des faits plus ou moins anciens. Dans notre cas, nous questionnons davantage les états mentaux et les opinions de nos populations. Nous pouvons donc supposer que ce type de biais n'aura pas lieu d'être.
- *les biais liés à l'effet de halo* : ce biais se manifeste lorsqu'il existe une contagion des questions entre elles, ce qui affecte alors l'interprétation des données obtenues. Afin d'éviter cet effet, nous avons choisi de structurer nos questionnaires du plus général vers le plus spécifique.

- *les biais de positivité* : les répondants ont généralement tendance à répondre plus facilement par l'affirmative. Afin de limiter ce biais, nous avons notamment choisi de proposer des échelles ne contenant pas d'alternative « neutre », afin d'équilibrer le nombre de propositions positives et négatives.

3.4.2 Biais Motivationnels

Les biais motivationnels sont liés au désir du répondant d'envisager ses réponses sous un certain angle. Parmi ceux-ci nous pouvons noter :

- *les biais d'engagement* : les répondants ont généralement tendance à rechercher une certaine cohérence dans l'ensemble de leurs réponses. Cela les amène généralement à éviter de se contredire. Dans le cadre de notre étude nous avons cherché à être conscients du contexte dans lequel les questions étaient posées, afin d'éviter ce cas de figure.
- *les biais de désirabilité sociale* : ce biais renvoie à l'envie générale de vouloir apparaître de la façon la plus positive possible. Afin de limiter cet effet, nous avons rappelé en introduction que nous garantissons l'anonymat à l'ensemble des répondants. Dans ce contexte, il est plus facile pour la personne interrogée de ne pas regretter certaines de ses réponses.

PARTIE 3 : RESULTATS

1 Analyse des questionnaires

1.1 Généralités

Nous avons réalisé les pré-tests de nos questionnaires en décembre 2019. Cela nous a permis d'en débiter la diffusion en janvier 2019. Après avoir effectué des relances dans le but d'augmenter le nombre de répondants, nous avons clôturé les passations fin mars 2019. Ces trois mois de recueil de données nous ont permis d'obtenir 34 réponses pour le questionnaire adressé à la population A contre 22 réponses pour le questionnaire adressé à la population B.

Ainsi, les statistiques effectuées pour le questionnaire A pourront être considérées comme étant représentatives de la population étudiée puisque le nombre de répondants est supérieur à 30. En revanche, avec 22 réponses, les statistiques effectuées pour les données du questionnaire B pourront uniquement permettre de révéler certaines tendances, mais ne seront pas considérées comme étant représentatives de la population B.

1.2 Vérification des critères d'inclusion

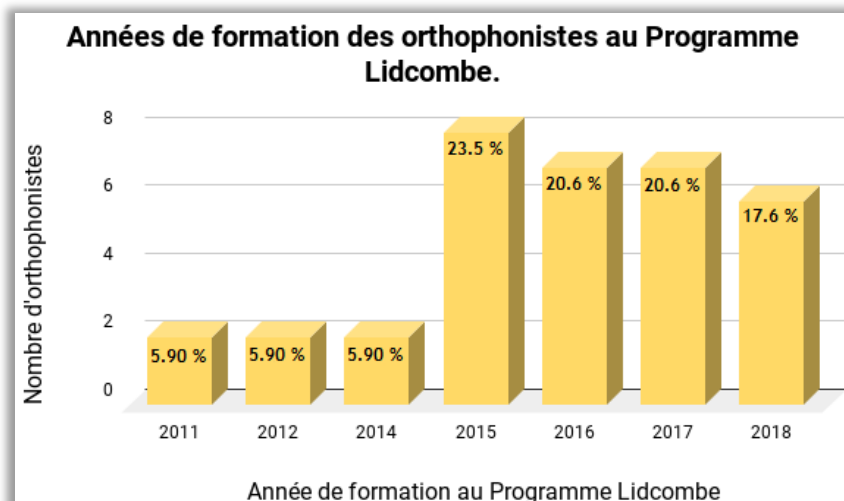
Les critères d'inclusion présentés ci-avant sont bien vérifiés, et ce pour les deux questionnaires. Nos analyses concerneront donc 34 réponses d'orthophonistes au questionnaire A, ainsi que 22 réponses de parents au questionnaire B.

1.3 Caractéristiques des échantillons

1.3.1 Echantillon A :

Nous nous sommes intéressée à deux critères afin de cerner notre échantillon et d'envisager la formation de sous-groupes, si nécessaire :

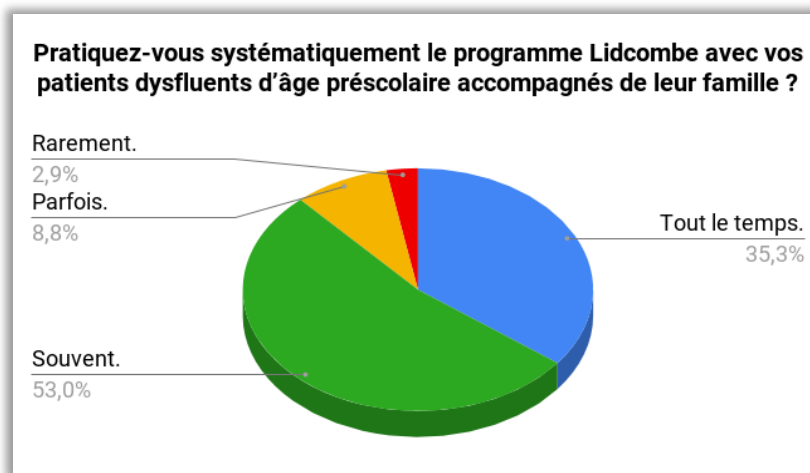
- l'année de formation des professionnels au programme Lidcombe,
- la fréquence de pratique du programme.



Tout d'abord, les orthophonistes ayant répondu à notre questionnaire sont plus nombreux à avoir été formés de 2015 à 2018. Nous pouvons mettre cela en lien avec le fait que le programme Lidcombe ait gagné en visibilité avec le temps, après son introduction en France en 2010.

Cependant, le manque d'hétérogénéité concernant les années de formation ne permet pas une analyse plus fine sous forme de sous-groupes. Les réponses des orthophonistes seront donc traitées sous forme d'un seul groupe.

Concernant la fréquence de pratique du programme, l'analyse des questionnaires a permis de mettre en évidence les résultats présentés ci-dessous :



Ainsi, 88,3% des orthophonistes interrogés déclarent pratiquer le programme Lidcombe régulièrement (soit « tout le temps », soit « souvent »). Seuls 11,7% des orthophonistes (soit 4 personnes) déclarent ne le pratiquer que parfois ou rarement. Nous pouvons donc supposer que, globalement, les orthophonistes ayant répondu à notre questionnaire disposent d'un intérêt marqué pour le programme.

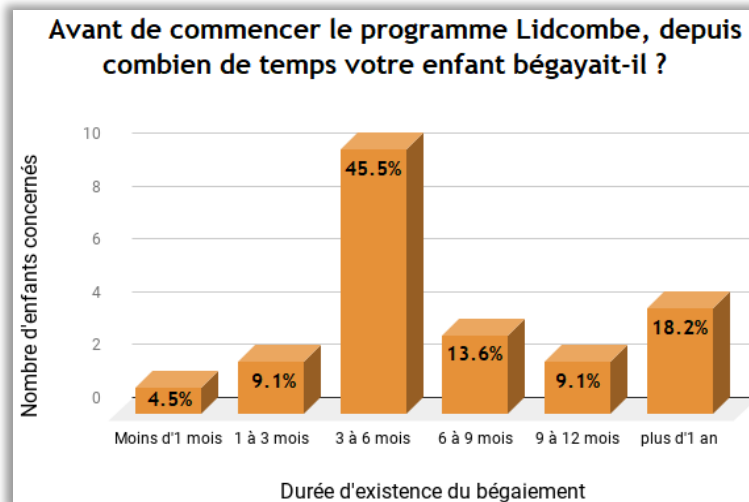
1.3.2 Echantillon B

Afin de mieux connaître et de décrire l'échantillon B, nous avons pris en compte plusieurs critères :

- l'existence d'antécédents familiaux du bégaiement,
- l'âge de l'enfant à l'apparition du bégaiement,
- la durée d'existence du trouble avant d'entamer le programme Lidcombe,
- la connaissance ou non du programme avant de le débiter.

La majorité des parents, soit 63,6%, n'avaient pas connaissance d'antécédents de bégaiement au sein de leur famille. Nous pouvons donc supposer que ces parents n'avaient pas de représentation d'une prise en charge « classique » du bégaiement.

Pour les participants, l'apparition du bégaiement chez leurs enfants a été constatée dans 40,9% des cas à l'âge de 3 ans, 31,1% des cas à l'âge de 2 ans et dans 27,3% des cas à l'âge de 4 ans. Tous les enfants concernés étaient donc bien d'âge préscolaire.



Avant de débiter le programme Lidcombe, 45,5% des parents déclarent que leurs enfants bégayaient depuis 3 à 6 mois. Nous pouvons supposer qu'avant 3 mois, les parents et les professionnels ont préférentiellement recours à de l'accompagnement parental, étant données les chances de récupération spontanée. Puis nous pouvons supposer que les parents sont moins nombreux à attendre plus de six mois, étant données les risques de persistance.

Enfin, 81,8% des parents interrogés ne connaissaient pas cette prise en charge avant qu'elle ne leur soit proposée. Les 29,2% des parents (soit 4 personnes) en ayant déjà connaissance déclarent avoir été informés par les biais d'internet, d'un proche, d'un autre orthophoniste ou encore car ils l'avaient pratiqué avec un autre de leurs enfants.

1.4 Analyse des résultats relatifs aux hypothèses

1.4.1 Hypothèse théorique 1 - HT1

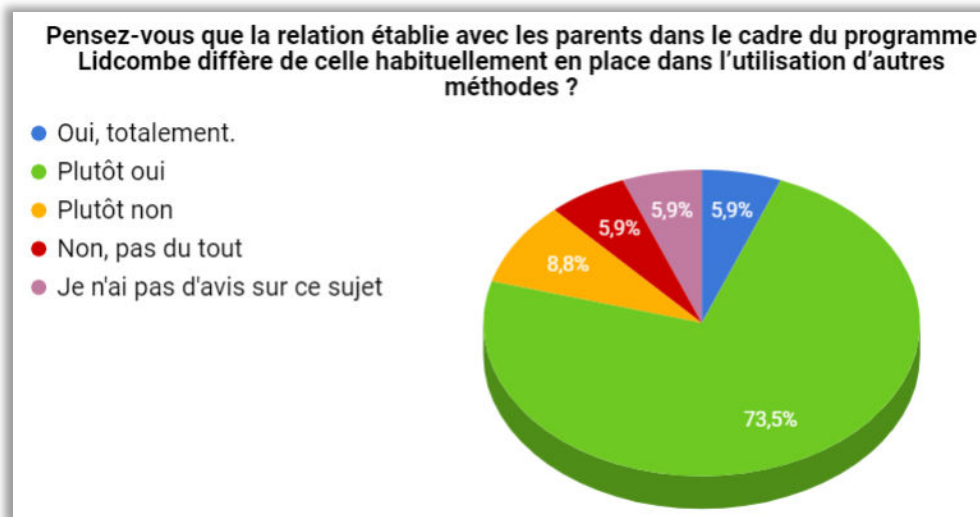
Hypothèse théorique 1 – HT1 : « la relation établie entre les parents et l'orthophoniste occupe une place importante dans le programme Lidcombe. »

Hypothèse Opérationnelle 1- HO1 : « Le programme Lidcombe suppose l'établissement d'une alliance thérapeutique particulière. »

Questionnaire A :

Selon 85,3% des orthophonistes répondants, la question de la relation avec la famille avait été évoquée lors de leur formation initiale au programme Lidcombe. Cependant, à la question « *Pensez-vous que la question de la relation avec la famille devrait-être davantage abordée lors de la formation [...]?* », plus de la moitié des répondants (55,9%) estiment que cela mérite d'être davantage abordé, voire que cela manque. Pour leur part, 38,2% des orthophonistes estiment recevoir suffisamment d'informations à ce sujet lors de la formation et 5,9% (deux personnes) n'ont pas d'avis sur le sujet. Enfin, en recherchant l'existence de corrélations au sein de nos différents domaines, nous avons pu constater que les

professionnels qui estiment que la question de la relation entre parents et orthophonistes devrait être davantage abordée lors de la formation sont ceux qui déclarent pratiquer le plus régulièrement le programme.



Afin de rechercher l'existence de spécificités propres à la relation thérapeutique au sein du programme Lidcombe, nous avons interrogé sa différence au regard d'autres thérapies. Pour 79,4% des orthophonistes questionnés, la relation établie avec les parents dans le cadre du programme Lidcombe diffère plutôt voire totalement de celle habituellement en place dans l'utilisation d'autres méthodes. Seules 14,7% des personnes interrogées estiment que la relation est similaire aux autres prises en charge.

Afin d'en savoir davantage sur les différences ressenties, nous avons demandé, au travers d'une question ouverte, aux orthophonistes ayant répondu positivement (« oui totalement », « plutôt oui »), de quelle manière se manifestait cette différence. Selon ces derniers, la relation thérapeutique au sein du programme Lidcombe se démarquerait par :

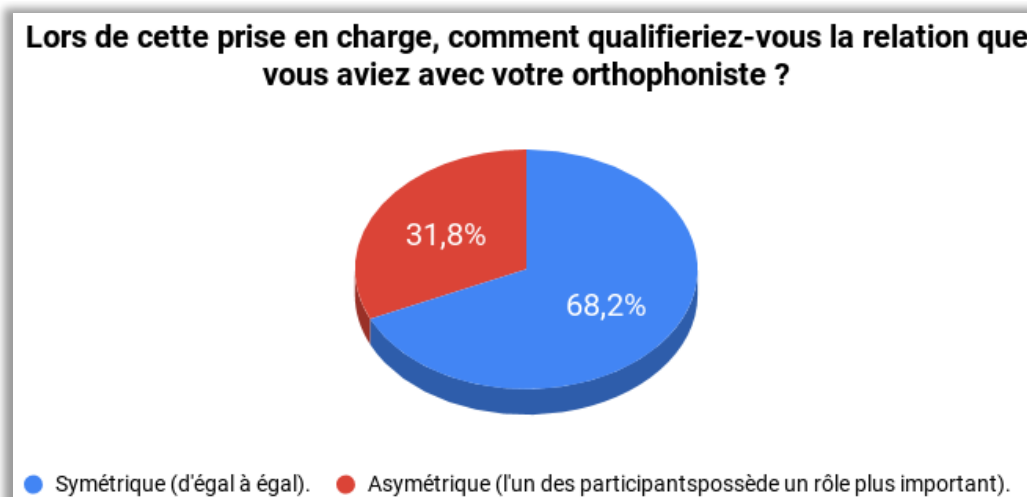
- un investissement plus important de la part des parents – 34,6%,
- un partenariat orthophoniste / parent plus présent – 19,2%,
- davantage de proximité entre les parents et leur orthophoniste – 15,4%,
- un rôle de coach ou de formateur plutôt que de rééducateur – 11,5%,
- une implication émotionnelle plus forte pour le professionnel – 7,7%,
- une plus grande place accordée à l'échange – 7,7%,
- un cadre (celui du programme) à respecter – 3,8%.

D'autre part, nous avons questionné l'importance de la place accordée à la relation parent/orthophoniste. Tous les répondants ont estimé que la relation thérapeutique tenait une place plutôt importante, voire très importante, lors de l'utilisation du programme. De plus, 26,5% d'entre eux ont déclaré qu'elle tenait une place plus centrale que pour d'autres prises en charge.

Questionnaire B :

Lorsque nous questionnons, auprès des parents ayant participé au programme Lidcombe, l'aspect hiérarchique ressenti, la majorité d'entre eux (68,2% des réponses) déclare

percevoir la relation comme étant symétrique. Cependant, 31,8% des parents (soit 7 répondants) estiment que l'un des participants possède tout de même un rôle prédominant.



Afin d'interroger la spécificité de l'alliance thérapeutique au sein du programme Lidcombe, nous avons cherché à savoir si certains parents disposaient de points de comparaison. Ainsi, avant de débiter la thérapie, 22,7% de notre échantillon (5 parents), déclarent avoir eu recours à une première prise en charge orthophonique du bégaiement, proposant un mode d'intervention plus « classique » (guidance parentale ou techniques directes). La totalité d'entre eux estiment que la relation établie avec le professionnel dans le cadre du programme Lidcombe diffère de celle en place lors du précédent traitement.

Ainsi, les orthophonistes comme les parents semblent globalement estimer que la relation thérapeutique en place dans le programme Lidcombe diffère de celle existant dans l'utilisation de méthodes plus « classiques ». Ceci justifiant même, pour certains professionnels, de l'évoquer plus en profondeur au moment de la formation initiale.

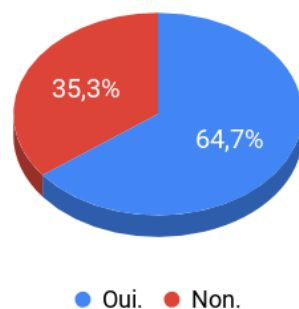
Hypothèses Opérationnelle 2 – HO2 : Les orthophonistes utilisent différents moyens afin d'assurer une alliance thérapeutique avec les parents.

Afin d'investiguer ce domaine, nous avons interrogé différents aspects :

- les aménagements spécifiques auxquels les professionnels peuvent avoir recours dans leur pratique du programme,
- la manière dont les orthophonistes se rendent disponibles auprès des familles,
- la manière dont les professionnels sont amenés à gérer les émotions et les difficultés exprimées par les familles dans cette thérapie,
- les éventuelles adaptations apportées au programme.

Nous avons tout d'abord demandé aux orthophonistes s'ils aménageaient leur pratique (cabinet, temps de travail ou autre) dans le cadre de leur utilisation de cette méthode. Ainsi 64,7% des orthophonistes ont répondu positivement à cette question, alors que 35,3% de ces professionnels déclarent n'avoir recours à aucun aménagement spécifique pour utiliser le programme.

Dans le cadre du programme Lidcombe, avez-vous recours à des aménagements spécifiques de votre cabinet ? (mobilier, horaires, etc)



Dans le but de répertorier les différents aménagements que pouvait nécessiter la pratique du programme Lidcombe, nous avons demandé aux professionnels ayant répondu positivement d'en spécifier le type. Grâce à cette question nous pouvons noter que ces derniers ont le plus souvent recours à :

- un allongement de la durée des séances (>30 min) – 91%,
- l'utilisation de canapés ou de fauteuils pour recevoir les familles – 18,2%,
- l'utilisation de tables rondes plutôt que de bureaux – 13,6%,
- la création d'un espace dédié à l'accueil de la famille – 13,6%,
- l'utilisation d'un bureau ou espace séparé, dédié à la pratique du programme – 9,1%,
- des enregistrements audio et/ou vidéo réguliers – 9,1%,
- des horaires aménagés – 4,5%,

Nous avons, d'autre part, questionné la disponibilité que demandait la pratique du programme Lidcombe aux orthophonistes ayant participé à notre étude. Sur ce point, les avis sont partagés. En effet, à la question « [...] vous rendez-vous plus disponible auprès des familles participant à cette thérapie qu'auprès de patients suivant d'autres thérapies ? », 47,1% des orthophonistes déclarent ne pas se rendre davantage disponibles, alors que 41,2% des professionnels ont répondu positivement. Cependant, 11,8% de notre échantillon (4 orthophonistes) n'ont pas donné leur avis. Les professionnels qui estiment se rendre davantage disponibles dans le cadre du programme déclarent que :

- les familles peuvent les contacter par appel téléphonique – 70,6%,
- les familles ont la possibilité de prendre un rendez-vous avancé si elles se sentent en difficultés – 64,7%,
- un moment d'échange privilégié est proposé aux parents – 64,7%,
- les familles peuvent les contacter par sms en cas de besoin – 52,9%,
- une adresse e-mail est donnée aux familles en cas de besoin – 52,9%,
- les familles ont la possibilité d'envoyer des enregistrements audio et/ou vidéo – 11,8%.

De part le rôle davantage « pédagogique » que possède l'orthophoniste au sein de cette méthode, nous avons souhaité savoir de quelle manière les thérapeutes étaient amenés à gérer les émotions et les difficultés exprimées par les familles tout au long du déroulement du programme. Tout d'abord, les orthophonistes interrogés concernant les difficultés (vis-à-vis de l'application du programme) évoquées par les parents, déclarent y faire face grâce à :

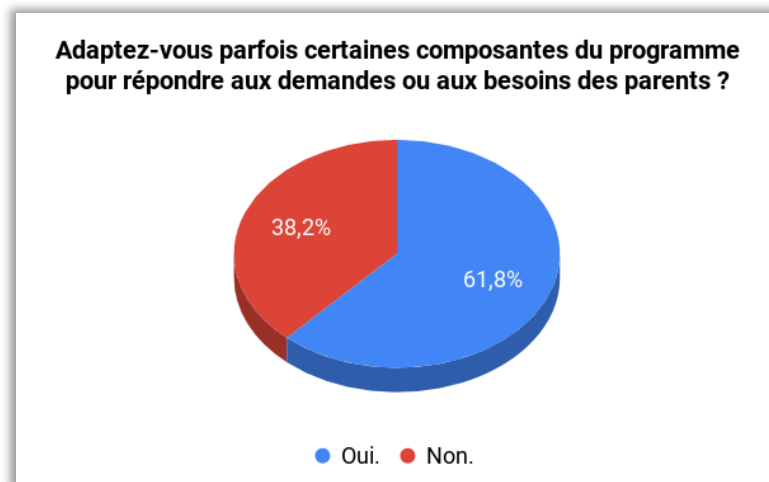
- des moments d'échange privilégiés avec la famille concernée – 52,9%,

- un recours à de l'accompagnement parental – 20,6%,
- un travail à partir d'exemples concrets, sur vidéos – 11,8%,
- des adaptations du programme ou de sa progression à la famille – 8,8%,
- une accentuation des points positifs – 2,9%,
- une demande d'appui auprès de collègues formés – 2,9%.

Ensuite, les orthophonistes interrogés concernant les émotions (craintes, doutes, découragement, etc) évoquées par les parents, déclarent y répondre par :

- des encouragements et de la valorisation – 52,9%,
- l'ouverture d'une réflexion au travers d'une discussion – 32,4%,
- un appui sur la théorie – 11,8%,
- un recours à des formations complémentaires ou à d'autres professionnels – 8,8%,
- des exemples d'autres parents ayant fait face à la même situation – 5,9%,
- la proposition d'effectuer une pause dans le programme – 2,9%,
- un temps supplémentaire d'échange proposé à la famille – 2,9%.

Enfin, nous avons souhaité savoir si les professionnels estiment proposer le programme de la même manière à toutes les familles.



La majorité des orthophonistes interrogés (61,8%), déclare adapter certaines composantes du programme en fonction des parents et de leurs attentes. Les 21 professionnels ayant répondu positivement déclarent ainsi :

- adapter les contingences verbales – 25%,
- adapter la temporalité du programme – 25%,
- adapter le rôle d'adulte référent en faisant intervenir les deux parents ou bien en variant selon la disponibilité de l'un ou de l'autre parent – 20%,
- utiliser conjointement d'autres méthodes – 10%,
- adapter le temps d'activités structurées en fonction des disponibilités des parents – 10%,
- adapter les échelles de sévérité – 5%,
- adapter le programme au cas par cas – 5%.

Ainsi, d'après leurs déclarations, l'utilisation du programme Lidcombe demande à certain professionnels une adaptation de leur pratique, tant matérielle que

comportementale, sans que cela ne soit systématique. De plus, au travers de nos questions, nous pouvons constater qu'une grande place est accordée à l'échange avec la famille, aussi bien pour gérer les difficultés que pour répondre aux émotions suscitées par la prise en charge. Enfin, certains professionnels paraissent quelque peu démunis lorsque les familles leur font part de leurs émotions, puisque la nécessité d'avoir recours à d'autres formations ou à d'autres professionnels a été évoquée par plusieurs d'entre eux.

Hypothèses Opérationnelle 3 – HO3 : Les parents considèrent que la qualité de la relation établie avec l'orthophoniste influence le bon déroulement du programme

Nous avons interrogé les parents ayant participé à notre étude quant à la qualité de la relation qu'ils entretenaient avec leur orthophoniste lors de la prise en charge. Les réponses ont unanimement été positives avec 72,7% des parents l'ayant jugée « très bonne » et 27,3% d'entre eux « plutôt bonne ». Il en va de même lorsque nous questionnons la satisfaction des parents à l'issue du suivi : 36,4% des familles ont répondu être plutôt satisfaites de la prise en charge de leur enfant à l'aide du programme Lidcombe, et 63,6% ont déclaré l'être totalement.

Nous avons ensuite questionné la manière dont les parents avaient perçu leur initiation au programme. Afin de décrire les informations données par le professionnel tout au long du suivi, les familles ont estimé à 86,4% qu'elles étaient « claires », 45,5% « satisfaisantes », 36,4% en nombre suffisant et 4,5% (soit une seule personne) « peu satisfaisantes ». Aucune famille interrogée n'a jugé les informations délivrées comme étant « confuses », « insuffisantes » ou « trop nombreuses ». Concernant l'attitude des professionnels durant la prise en charge, les parents ont perçu l'orthophoniste en charge de la thérapie comme étant « à l'écoute » dans 90,9% des cas, « encourageante » dans 90,9% des cas, « attentive à leurs besoins » dans 68,2% des cas, « disponible » dans 68,2% des cas, « sensible à leur état d'esprit » dans 59,1% des cas et enfin « non intrusive » dans 27,3% des cas. Ainsi, pour la grande majorité des familles, nous pouvons supposer que le contexte était favorable à la mise en place d'une alliance thérapeutique.

D'autre part, les corrélations que nous avons cherché à établir grâce au test de Pearson nous ont permis de mettre en évidence certaines tendances. Les parents ayant jugé la qualité de la relation établie avec l'orthophoniste comme étant bonne sont ceux s'étant approprié le plus facilement le programme. De plus, les parents s'étant sentis les plus compétents pour appliquer la thérapie sont ceux qui ont jugé le plus positivement la relation établie avec l'orthophoniste.

Cependant, le jugement de la place (importante ou non) occupée par la relation établie avec le thérapeute n'est corrélé à aucun autre domaine. Ainsi, les parents ayant répondu que la relation établie avec le thérapeute tenait une place importante dans le programme Lidcombe ne sont donc pas forcément :

- ceux se l'étant le plus facilement approprié,
- ni ceux s'étant senti les plus compétents,
- ni ceux ayant eu le plus de facilité à appliquer les commentaires,

- ni ceux ayant eu le plus de facilités avec l'échelle de notation,
- ni, enfin, ceux ayant le plus jugé que le programme était adapté à leurs rôle de parents.

Nous pouvons interpréter cette absence de corrélations, révélée par le test de Pearson, comme étant due au fait que, globalement, les parents attribuent une place importante à la relation établie avec l'orthophoniste (selon 81,9% de nos répondants). Pour 40,9% des parents, la relation établie avec l'orthophoniste a même occupé une place plus importante que ce à quoi ils s'attendaient avant de débiter le programme. Cependant, 18,2% des parents interrogés estiment, pour leur part, que l'importance réside dans la manière d'appliquer le programme et non dans la relation en place entre les différents participants à la thérapie.

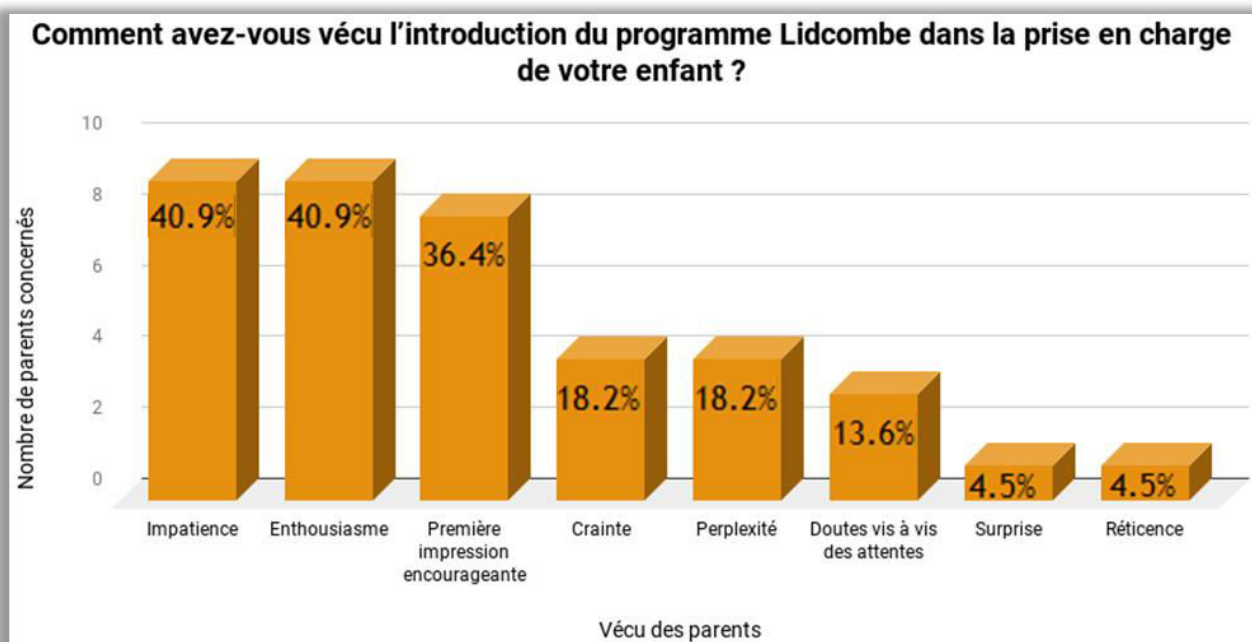
La qualité de la relation établie avec l'orthophoniste serait donc liée au sentiment de compétence ressenti par les parents lors de l'application du programme, ainsi qu'à leur facilité à s'appropriier la thérapie et ses règles. Selon nos résultats, une alliance thérapeutique de qualité occuperait donc une place importante dans le déroulement de la méthode et permettrait aux parents d'avoir davantage confiance en eux au moment de pratiquer le programme.

1.4.2 Hypothèse théorique 2 – HT2

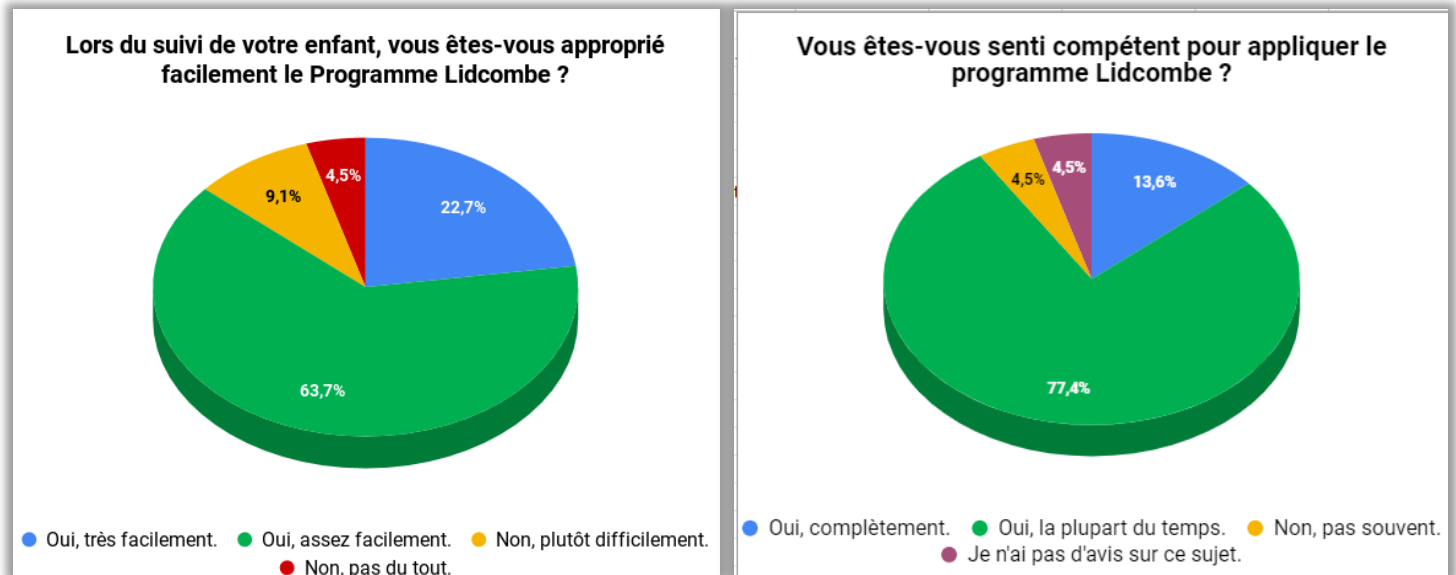
Hypothèse théorique 2 - HT2 : Les parents comme l'orthophoniste trouvent leur place dans cette définition horizontale de la relation thérapeutique.

Hypothèse Opérationnelle 4- HO4 : Les parents acceptent d'avoir un rôle actif dans la PEC de leur enfant et ne sont pas dérangés par cette situation.

En demandant aux parents de qualifier la manière dont ils ont vécu l'introduction du programme Lidcombe dans la prise en charge de leurs enfants, nous obtenons les résultats présentés ci-dessous :



Les parents interrogés choisissent préférentiellement des termes connotés positivement (« impatience », « enthousiasme », « première impression encourageante, semblait répondre à vos attentes »). Cependant, quelques uns d'entre eux ont sélectionné des termes reflétant une certaine appréhension de prime abord (« crainte », « perplexité », « réticence », « doutes quant à la capacité du programme à répondre à vos attentes »). Enfin 1 parent déclare avoir été « surpris ». Ainsi, globalement, les parents interrogés semblaient ouverts à l'accueil de cette nouvelle méthode.



Par la suite 86,4% de nos répondants estiment s'être approprié la thérapie assez ou très facilement et 90,9% ont déclaré s'être sentis plutôt compétents pour la pratiquer. D'un autre côté, 13,6% des familles interrogées se sont plutôt difficilement, voire pas du tout approprié le programme, et une personne a déclaré ne pas s'être sentie compétente lors de l'application de la méthode. De plus nous avons pu constater que les parents ayant été les plus satisfaits du suivi sont ceux qui se sont le plus facilement approprié le programme.

D'autre part, il nous paraissait intéressant de prendre en compte le ressenti des parents vis-à-vis des outils caractéristiques de cette méthode. Les parents déclarent ainsi avoir appliqué plutôt voire très facilement les contingences verbales à la parole de leur enfant dans 68,2% des cas, contre 31,8% d'entre eux qui déclarent avoir trouvé cela plutôt voire très difficile. Les avis sont davantage divisés concernant l'utilisation des échelles de sévérité. En effet, ces dernières ont été jugées plutôt voire très faciles d'utilisation par 54,5% des familles et plutôt difficiles à utiliser par 45,5% d'entre elles. Ce dernier outil semble donc plus délicat à maîtriser par les familles.

Nous avons également interrogé les parents quant au rôle actif qui leur est attribué tout au long du programme. Nous pouvons constater que 40,9% de nos répondants s'attendaient à participer pleinement au suivi de leur enfant mais, parmi ceux-ci, 31,8% estiment avoir participé plus qu'ils ne s'y attendaient au préalable. Cependant, la majorité des personnes interrogées (59,1% des répondants), ne s'attendait pas vraiment (36,4%) voire pas du tout (22,7%) à participer activement à la prise en charge. Malgré tout, à posteriori, avoir un rôle actif a été apprécié par 90,9% des parents. Seules 9,1% des répondants (2 personnes) n'ont pas du tout apprécié cette position.

Etant donné le fait que les parents administrent la thérapie auprès de leur enfant, dans leur quotidien, nous nous sommes penchée sur trois aspects :

- le caractère adapté ou non du programme Lidcombe à la parentalité,
- la présence ou non d'évolution de la relation parent / enfant au terme du programme,
- la nécessité ou non de modifier leurs habitudes familiales.

Pour 95,5% des personnes interrogées, le programme Lidcombe est jugé plutôt voire totalement adapté à leur rôle de parent. Un répondant a cependant exprimé le sentiment qu'il ne l'était pas du tout.

Un peu plus de la moitié des familles (59,1%) évoquent l'existence de modifications de la relation avec leur enfant après l'utilisation du programme. Selon eux, cette thérapie aurait induit :

- un rapprochement – 25%,
- le partage de davantage de moments parents/enfant – 33,3%,
- une amélioration globale de la relation – 16,7%,
- une modification du comportement de l'enfant (plus posé, plus confiant) – 8,3%,
- le fait d'être plus à l'écoute de leur enfant – 8,3%,
- davantage d'échanges avec leur enfant – 8,3%.

Ainsi, les modifications de la relation parent/enfant évoquées par nos répondants sont unanimement positives. D'autre part, le programme devant être appliqué au quotidien, 90,9% des personnes interrogées déclarent avoir dû modifier leurs habitudes familiales afin de pouvoir respecter les règles de la thérapie. Cette modification a été vécue par nos répondants comme étant nécessaire (80%), facile (25%) ou encore naturel (25%), mais parfois également comme étant difficile (20%) ou intrusif (5%).

Nous avons enfin souhaité savoir si les parents ayant participé à notre étude avaient connus certains moments de découragement : 68,2% des personnes interrogées ont reconnu avoir été au moins temporairement découragées. Afin d'en savoir davantage, sans influencer la suite de leurs réponses, nous avons proposé la question ouverte suivante : « *à quoi diriez-vous que vos moments de découragement étaient dus ?* ». Nous avons alors pu constater que pour 61,5% des parents, les moments de découragement étaient en lien avec des rechutes temporaires du bégaiement, pour 15,4% avec une stagnation dans l'évolution, pour 7,7% avec l'aspect contraignant du programme, pour 7,7% avec des résultats trop peu rapides et enfin pour 7,7% d'entre eux avec des doutes quant à l'efficacité du programme.

Pour finir, la recherche de corrélations que nous avons menée nous a permis de faire ressortir les tendances suivantes :

- les parents s'étant approprié le plus facilement le programme Lidcombe sont ceux qui s'attendaient le plus à participer à la prise en charge de leur enfant et sont également ceux qui ont le plus apprécié d'avoir un rôle actif tout au long du suivi,
- les parents qui s'attendaient davantage à participer au suivi de leur enfant sont ceux qui se sont sentis les plus compétents pour appliquer le programme,
- les parents qui ont le plus apprécié d'avoir un rôle actif dans la thérapie sont ceux qui se sont sentis les plus compétents pour l'appliquer et sont également ceux qui ont

déclaré avoir eu le plus de facilités pour appliquer les commentaires à la parole de leur enfant,

- les familles ayant jugé le programme le plus adapté à leur rôle de parents sont ceux qui s'attendaient le plus à participer à la prise en charge de leur enfant.

Ainsi, nos répondants semblaient majoritairement ouverts à l'utilisation de cette méthode issue des thérapies cognitivo-comportementales. La majorité d'entre eux déclarent se l'être facilement approprié et s'être senti compétents lors de son application, malgré l'utilisation plus ou moins évidente des outils mis à disposition et l'existence de moments de découragement dans plus de la moitié des cas. Les familles semblent avoir globalement apprécié de disposer d'un rôle actif dans le suivi de leur enfant, même si cela était inattendu pour la majeure partie d'entre eux. La modification des habitudes familiales, plus ou moins bien vécue par les parents semble néanmoins s'imposer comme étant une nécessité. Enfin, les personnes interrogées semblent estimer que le programme Lidcombe coïncide avec leur rôle de parents et pourrait même induire des modifications positives de la relation qu'ils entretiennent avec leur enfant.

Hypothèse Opérationnelle 5 – HO5 : L'orthophoniste accepte son rôle de formateur et non d'unique acteur de la rééducation

Nous avons tout d'abord souhaité savoir si les orthophonistes sélectionnaient différents critères afin de proposer le programme Lidcombe préférentiellement à certaines familles et non à d'autres. A cette question, les professionnels déclarent prendre en compte :

- la disponibilité de la famille – 85,3%,
- l'âge de l'enfant – 79,4%,
- le fonctionnement familial – 41,2%,
- la sévérité du bégaiement – 38,2%,
- d'éventuels échecs avec d'autres méthodes – 32,4%,
- l'existence d'antécédents de bégaiement dans la famille – 5,8%,
- la durée du bégaiement avant le début de la prise en soins – 2,9%
- la motivation de la famille – 2,9%.

Nous pouvons constater que nombreuses sont les réponses dépendant de la famille et de sa manière d'être.

Lorsque nous demandons aux orthophonistes « *Avez-vous rencontré des difficultés avec [le rôle de formateur] que suppose la pratique du programme ?* », la majorité d'entre eux (61,8%) répond par la négative. Les 38,2% des répondants restant déclarent être parfois (32,4%) voire souvent (5,9%) en difficultés dans cette nouvelle façon d'aborder la prise en charge. Afin d'en savoir davantage, nous avons demandé aux orthophonistes ayant répondu positivement (« oui, parfois. », « oui, souvent. ») de détailler le type de difficultés rencontrées concernant la redéfinition des rôles supposée par le programme. L'analyse de leurs réponses indique que le programme Lidcombe entraîne, pour certains, des difficultés en lien avec :

- l'apprentissage du rôle de formateur – 25%,
- le sentiment de parfois juger les parents ou de renvoyer cette impression – 16,7%,

- la famille elle-même – 16,7%,
- un manque de confiance en soi – 16,7%,
- un manque de fermeté pour faire respecter le programme – 8,3%,
- l'impression de remettre en question la parentalité des participants – 8,3%,
- la difficulté à montrer l'exemple – 8,3%.

De plus, notre analyse statistique nous a permis de constater que le fait de pratiquer plus ou moins régulièrement le programme n'était pas corrélé au fait d'éprouver plus ou moins de difficultés avec le rôle de « coach » supposé par le programme. Ainsi, les orthophonistes pratiquant le moins régulièrement le programme ne sont pas forcément les professionnels les plus en difficultés. D'autre part les orthophonistes qui déclarent avoir le plus de difficulté avec le rôle de formateur ne sont pas forcément ceux qui estiment le plus que la relation diffère des autres prises en charge.

De par le rôle actif des parents lors de cette prise en charge, nous avons adressé la question suivante aux professionnels participant à notre étude : « *selon vous en cas de difficultés, voire d'échec du programme, à qui ou quoi peut-on en attribuer la responsabilité ?* ». Sur cette question, 20,6% des professionnels n'ont pas souhaité donner leur opinion et les avis obtenus sont divisés. Selon les répondants, la responsabilité des difficultés pourrait être attribuée :

- à un ensemble multifactoriel de causes – 26,5%,
- conjointement aux parents et au professionnel – 14,7%,
- aux parents – 17,6%,
- à l'orthophoniste – 11,8%,
- au programme en lui-même – 11,8%,
- à la relation thérapeutique entre les parents et l'orthophoniste – 2,9%.

Lorsque nous demandons aux parents de détailler pourquoi, nous obtenons les raisons suivantes :

- le programme peut être incompatible à la vie de la famille – 35,3%,
- les parents peuvent avoir du mal à s'impliquer – 29,4%,
- l'orthophoniste peut avoir du mal avec le rôle de formateur – 20,6%,
- le tableau clinique concerné peut être complexe – 5,9%,
- la relation de confiance entre orthophoniste et parents peut être trop faible – 5,9%,
- le programme peut être difficile à adapter à une pratique libérale – 2,9%

Enfin, nous avons demandé aux orthophonistes s'ils proposaient aux parents de modifier leurs habitudes familiales dans leur pratique du programme. Pour 82,4% de nos répondants c'est parfois (50%) voire souvent (32,4%) le cas. Parmi ceux-ci, 78,6% déclarent trouver cela nécessaire (75%) voire indispensable (3,6%), 46,4% naturel et cohérent et 10,7% déclarent trouver cela facile. En revanche, 25% d'entre eux trouvent cela difficile (21,4%) voire délicat et complexe (3,6%) et une personne (3,6%) a déclaré trouver cela intrusif. Pour leur part, 17,6% des professionnels ne demandent pas de modifications particulières des habitudes familiales. Finalement, les différents croisements de domaines que nous avons effectués nous ont permis de mettre en évidence les points suivants :

- les orthophonistes qui demandent aux parents de modifier leurs habitudes familiales ne sont pas forcément ceux qui pratiquent le plus régulièrement le programme Lidcombe
- ce n'est pas parce que les orthophonistes demandent davantage aux parents de modifier leurs habitudes familiales qu'ils jugent davantage que la relation thérapeutique établie dans cette méthode diffère de celle en place dans les autres types de prises en charge.

Ainsi, même si la majorité des professionnels ne se sentent pas particulièrement en difficultés avec le rôle de formateur que suppose cette thérapie, environ un tiers des personnes interrogées avouent éprouver, au moins parfois, quelques difficultés avec ce positionnement nouveau. En revanche, ces difficultés ne semblent pas liées à la régularité de la pratique, ni avec le fait que l'alliance thérapeutique diffère de celle en place dans d'autres interventions. Malgré tout, selon les professionnels interrogés, le programme Lidcombe ne pourrait pas être proposé dans tous les cas puisque les orthophonistes sont nombreux à déclarer prendre en compte des critères propres à chaque famille (disponibilité, fonctionnement familial, motivation), avant d'envisager d'utiliser le programme. De plus, la grande majorité des orthophonistes estiment qu'il est nécessaire de demander aux parents de modifier leurs habitudes familiales afin de pouvoir suivre le programme dans les meilleures conditions. Cette démarche ne semble pas toujours simple à assumer puisque un quart de nos répondants a déclaré trouver cela complexe, sans que cela ne soit lié à la régularité de leur pratique. Enfin, la question de la responsabilité au sein de cette thérapie où les rôles sont redistribués semble diviser tout particulièrement les professionnels.

DISCUSSION

1 Rappel de l'objectif de l'étude et traitement des hypothèses

Le but de ce mémoire est de proposer une étude exploratoire portant sur la place de la relation thérapeutique établie entre les parents et l'orthophoniste, dans le cadre de la mise en place et de l'utilisation du programme Lidcombe. Notre étude a pour objectif de documenter l'intérêt ultérieur d'un travail approfondi concernant l'impact de la relation thérapeutique sur l'efficacité des parents dans l'administration du traitement.

Afin de mener cette étude, nous avons établi deux questionnaires dont l'analyse des réponses va nous permettre de confirmer ou d'infirmer chacune des hypothèses que nous avons émises.

1.1 Hypothèse Théorique 1 – HT1 : La relation établie entre les parents et l'orthophoniste occupe une place importante dans le programme Lidcombe

1.1.1 Hypothèse opérationnelle 1 – HO1

Hypothèse : Le programme Lidcombe suppose l'établissement d'une alliance thérapeutique particulière.

Pour 79% des orthophonistes interrogés, la relation thérapeutique qui se développe entre les parents et le thérapeute diffère de celle pouvant se développer aux travers d'autres méthodes. Les professionnels évoquent ainsi, certaines différences notoires :

- un **investissement** plus important de la part des parents,
- un **partenariat** orthophoniste / parent plus présent,
- davantage de **proximité** entre les parents et leur orthophoniste,
- un rôle de **coach** ou de formateur plutôt que de rééducateur,
- une **implication émotionnelle** plus forte pour le professionnel,
- une plus grande place accordée à l'**échange**,
- un **cadre** (celui du programme) à respecter.

La mise en évidence de ces différences est d'autant plus intéressante à constater que, pour l'intégralité des orthophonistes ayant répondu, la relation thérapeutique établie avec les parents dans le cadre du programme Lidcombe occupe une place importante, et même plus importante que dans d'autres thérapies pour 26,5% d'entre eux.

Les mêmes résultats se constatent chez les parents. Les familles qui disposent de points de comparaison avec d'autres méthodes jugent unanimement que la relation thérapeutique en place dans le programme diffère de celle en place lors du traitement antérieur. Cela peut être mis en lien avec l'aspect symétrique de la relation évoqué par 68% des répondants. De plus, 81,8% des parents déclarent que la relation entretenue avec leur orthophoniste a occupé une place plus importante que ce à quoi ils auraient pu s'attendre de prime abord.

Notre première hypothèse tend donc à être validée. En effet il semble exister, aux dires des professionnels et des familles, des spécificités inhérentes au programme Lidcombe :

- davantage de partenariat et d'échanges, plus de proximité et d'implication émotionnelle, davantage de symétrie, caractéristiques de l'ordre de l'alliance thérapeutique.
- cette relation thérapeutique semble occuper une place mise en relief dans ce programme.

Ces particularités pourraient notamment justifier le besoin de formation complémentaire sur le sujet, évoqué par plus d'un professionnel sur deux.

1.1.2 Hypothèse opérationnelle 2 – HO2

Hypothèse : Les orthophonistes utilisent différents moyens afin d'assurer une alliance thérapeutique avec les parents.

Afin d'utiliser le programme Lidcombe, certains professionnels ressentent la nécessité d'aménager leur pratique professionnelle :

- d'un point de vue *matériel* : les orthophonistes ont recours à des espaces aménagés ou même séparés, dotés de canapés ou encore de fauteuils. Ces mesures favorisent l'accueil des parents dans des conditions simplifiant l'échange.
- d'un point de vue *comportemental* : pour presque un professionnel interrogé sur deux, il est nécessaire d'être davantage disponible lorsque l'on pratique le programme Lidcombe. Ainsi, certains professionnels ressentent le besoin d'aménager leurs horaires ou encore de réserver des moments d'échange privilégiés avec les familles.
- Concernant *l'utilisation de la méthode* : une majeure partie des professionnels déclarent avoir besoin de modifier certaines composantes du programme, ou encore d'avoir recours à des formations complémentaires pour ne pas se sentir en difficultés.

Notre seconde hypothèse tend donc à être partiellement validée puisque les orthophonistes utilisent bien différents moyens favorisant l'établissement d'une alliance thérapeutique, mais sans que cela ne soit systématique.

1.1.3 Hypothèse opérationnelle 3 – HO3 :

Hypothèse : Les parents considèrent que la qualité de la relation établie avec l'orthophoniste influence le bon déroulement du programme.

L'intégralité des parents interrogés a fait état de retours positifs concernant la relation entretenue avec leur orthophoniste. De même, ils déclarent unanimement être satisfaits de la prise en charge de leur enfant grâce au programme Lidcombe. Enfin, tous les parents ayant participé semblaient bénéficier d'un contexte favorable à l'établissement d'une alliance thérapeutique (orthophoniste encourageante, disponible, attentive, fournissant des

informations de qualité, etc). Globalement, les familles attribuent une place importante à la relation thérapeutique tout au long du déroulement du programme.

D'autre part, nos résultats indiquent que la qualité de la relation établie entre les participants serait liée au sentiment de compétence ressenti par les parents lors de l'application du programme, ainsi qu'à leur facilité à s'appropriier la thérapie et ses règles.

En revanche, la qualité de cette relation établie entre les parents et l'orthophoniste ne serait pas en lien avec la facilité à appliquer les contingences verbales ou encore à utiliser l'échelle de notation.

Ainsi, notre troisième hypothèse tend à être partiellement validée. En effet, une alliance thérapeutique de qualité occuperait une place importante dans le déroulement de la méthode et permettrait aux parents d'avoir davantage confiance en eux au moment de pratiquer le programme. Cependant, la qualité de la relation ne serait pas en lien avec une meilleure pratique des outils propres à cette thérapie.

1.2 Hypothèse théorique 2 – HT2 : Les parents comme l'orthophoniste trouvent leur place dans cette définition horizontale de la relation thérapeutique

1.2.1 Hypothèse opérationnelle 4 – HO4

Hypothèse : Les parents acceptent d'avoir un rôle actif dans la PEC de leur enfant et ne sont pas dérangés par cette situation

Les parents interrogés semblent ouverts à l'accueil de la nouvelle méthode qu'est le programme Lidcombe. Même si la majeure partie d'entre eux ne s'attendait pas, initialement, à participer à la prise en charge de leur enfant, 9 répondants sur 10 ont déclaré avoir apprécié ce rôle actif. Nos résultats nous ont permis de constater que les parents ayant le plus apprécié d'être actifs dans le suivi sont ceux s'étant approprié le plus facilement la thérapie, ceux s'étant sentis les plus compétents, et enfin ceux ayant déclaré avoir eu le plus de facilités avec les contingences verbales. De plus, les familles interrogées se sont globalement senties compétentes pour utiliser le programme et se le sont majoritairement bien approprié. La gestion des outils, comme l'échelle de sévérité, semble être ce qui a été le plus difficile à maîtriser pour nos répondants.

Du point de vue familial, le programme semble être compatible avec la parentalité et pourrait même induire, dans certains cas, une évolution positive de la relation parents-enfant. Cependant, la modification des habitudes familiales, qui semble nécessaire dans la plupart des cas, peut être moins bien vécue.

Enfin, les moments de découragements rencontrés par les familles semblent davantage en lien avec la manière dont évolue le bégaiement de l'enfant qu'avec un éventuel mal-être des parents vis-à-vis du rôle actif dans lequel le programme les place.

Ainsi, notre quatrième hypothèse tend à être validée.

1.2.2 Hypothèse opérationnelle 5 – HO5

Hypothèse : L'orthophoniste accepte son rôle de formateur et non d'unique acteur de la rééducation

Globalement, les professionnels interrogés semblent à l'aise avec le rôle de formateur que suppose le programme Lidcombe. Cependant, ces résultats sont à nuancer, puisque environ un tiers de nos répondants a avoué éprouver, au moins parfois, quelques difficultés avec ce positionnement nouveau.

De plus, afin de rendre les familles actrices dans l'utilisation de cette thérapie, la majorité des professionnels estime qu'il est nécessaire d'amener les parents à modifier leur fonctionnement familial, démarche qui se révèle ardue pour environ un quart de nos répondants.

Ainsi, **notre dernière hypothèse tend à n'être que partiellement validée**. En effet, même si notre étude suggère que les orthophonistes sont une majorité à accepter leur rôle de formateur, et non d'unique acteur de la rééducation, ce positionnement peut se révéler délicat pour certains d'entre eux.

1.2.3 Synthèse :

Hypothèse Théorique 1 – HT1 : La relation établie entre les parents et l'orthophoniste occupe une place importante dans le programme Lidcombe.

Précédemment, nous avons pu montrer les points suivants :

- le programme Lidcombe suppose l'établissement d'une alliance thérapeutique particulière. En effet, la relation thérapeutique semble occuper une place centrale tout en comportant des spécificités, de l'ordre de l'alliance thérapeutique, propre à cette thérapie.
- certains orthophonistes utilisent différents moyens, sur les versants matériel, comportemental et concernant l'application du programme, afin d'assurer une alliance thérapeutique avec les parents.
- les parents considèrent que la qualité de la relation établie avec l'orthophoniste influence le bon déroulement du programme. En effet, le sentiment de compétence et l'appropriation de la thérapie et de ses règles semblent en lien avec la qualité de la relation entretenue avec l'orthophoniste tout au long du programme.

Notre première hypothèse théorique tend donc à être partiellement validée.

Hypothèse théorique 2 – HT2 : Les parents comme l'orthophoniste trouvent leur place dans cette définition horizontale de la relation thérapeutique

Les points suivants ont pu être mis en avant :

- les parents acceptent d'avoir un rôle actif dans la prise en charge de leur enfant et ne sont pas dérangés par cette situation. En effet, le programme Lidcombe ne semble pas

entrer en conflit avec la parentalité et pourrait même améliorer la qualité de la relation parents-enfant. De plus, la grande majorité des parents interrogés semble avoir apprécié d'occuper un rôle actif dans le suivi de leur enfant, et ne relatent pas de difficultés particulière en lien avec ce positionnement nouveau.

- globalement, les orthophonistes semblent à l'aise dans le rôle de formateur supposé par le programme. Cependant, certains d'entre eux font tout de même part de difficultés, notamment concernant la façon d'amener les parents à modifier leur fonctionnement familial, afin qu'ils puissent appliquer le programme de façon optimale. Ainsi, les orthophonistes semblent majoritairement accepter leur rôle de formateurs et non d'acteurs uniques de la rééducation.

Notre seconde hypothèse théorique tend également à être partiellement validée.

Retour sur notre problématique initiale : **Quelle place occupe la relation thérapeutique entre les parents et l'orthophoniste dans la mise en place du programme Lidcombe. ?**

Au regard des résultats que nous venons de présenter, nous pouvons penser que la relation thérapeutique occupe une place importante dans l'utilisation du programme Lidcombe. De part ses spécificités, elle semble pousser les professionnels à repenser leur pratique, dans le but, notamment, de favoriser la communication avec les familles. Cependant, les parents comme les thérapeutes semblent trouver leur place dans ce positionnement nouveau et davantage symétrique, même si certaines adaptations, qui semblent nécessaires, ne sont pas toujours évidentes à mettre en place.

2 Discussion de la problématique et intérêt de l'étude

Au travers de la diffusion de nos questionnaires lors de cette étude, nous avons pu constater un réel intérêt pour notre recherche, notamment de la part des orthophonistes qui ont été nombreux à nous demander des retours sur les fruits de notre travail. De la même manière, au travers des espaces d'expression libre en fin de formulaires, parents comme professionnels ont été demandeurs d'études investiguant le sujet de la relation thérapeutique et nous ont encouragée dans cette démarche. Ainsi, ce sujet semble être pertinent à investiguer du point de vue des personnes qui utilisent ou ont utilisé le programme Lidcombe.

Du fait du nombre limité de répondants que nous avons obtenu, l'étude de nos hypothèses nous permet principalement de mettre en évidence certaines tendances. Ceci est particulièrement vrai concernant le questionnaire destiné aux parents. Avec 22 réponses, les résultats que nous avons présentés ci-avant ne peuvent pas être considérés comme étant représentatifs de la population étudiée.

Cependant, les résultats que nous obtenons tendent à confirmer l'importance que pourrait avoir le facteur de la relation thérapeutique dans le déroulement du programme Lidcombe. Dans ce sens, il paraît justifié de mener davantage de recherches dans ce domaine.

La validation partielle de nos hypothèses nous permet d'affirmer que notre problématique était justifiée et pertinente.

3 Limites de l'étude

3.1 En lien avec la validation des hypothèses

Afin que la validation de nos hypothèses soit solide, il serait nécessaire que notre étude bénéficie d'un groupe témoin de parents dont l'enfant aurait été pris en soin à l'aide d'une autre thérapie, plus classique. Ce groupe témoin permettrait alors une comparaison mettant en lumière les spécificités de la relation thérapeutique au sein du programme Lidcombe.

Ainsi, nous n'avons pu montrer ici que des tendances, reposant en partie sur une analyse qualitative, nécessairement subjective, de nos réponses.

3.2 En lien avec les questionnaires

Au travers de nos questions, nous avons eu l'occasion de recueillir ce que les parents et les professionnels disent et pensent, mais cela ne nous a pas permis d'accéder à ce que ces deux populations font réellement. Il serait donc nécessaire d'étendre notre étude afin de recueillir, grâce à une observation directe, les comportements effectifs de ces deux populations.

Ensuite, nous devons être consciente de l'existence possible de biais d'échantillonnage dans la constitution de nos deux échantillons. En effet, la participation à notre étude reposant sur le principe du volontariat, nous pouvons supposer que les orthophonistes ayant participé sont des professionnels plus facilement enclins à prendre du recul ou à questionner leur pratique professionnelle. De même, nous pouvons supposer que les parents très satisfaits ou, au contraire, très mécontents du suivi de leur enfant au moyen de ce programme ont plus facilement souhaité participer à notre étude. Cela coïnciderait avec les résultats obtenus suite à l'analyse des questionnaires où nous retrouvons une majorité de parents très satisfaits.

Enfin, nous avons conscience, avant la diffusion de nos questionnaires, des emplois du temps chargés des orthophonistes exerçant en libéral. Nous supposons que ce facteur de « disponibilité » a pu jouer un rôle important dans le faible nombre de réponses de parents que nous avons pu recueillir. En effet, presque l'intégralité des orthophonistes ayant participé à notre étude s'est portée volontaire pour diffuser le questionnaire destiné aux parents au sein de leur patientèle, mais un nombre très limité de professionnels l'a réellement fait. Ainsi, la reproduction de notre étude sur un échantillon plus grand pourrait être souhaitable.

3.3 En lien avec les résultats obtenus

Un certain nombre d'éléments nous invite à nuancer nos résultats. En effet, malgré des tendances qui se dégagent et que nous avons présentées aux travers de ce travail, les réponses obtenues ne sont pas unanimes et nous pouvons noter l'existence de certaines contradictions entre nos répondants. Nous pouvons donc noter qu'il existe différents vécus et différentes expériences du programme Lidcombe, autant du côté des parents que de celui des thérapeutes. Au-delà du nombre de répondants recueillis, nous nous garderons donc de conclure de manière tranchée ou encore de généraliser nos conclusions à l'ensemble des individus ayant recours à cette thérapie.

4 Pistes de recherche et perspectives :

Dans notre étude, nous nous sommes uniquement concentrée sur la relation thérapeutique établie entre les parents et leur orthophoniste. Afin de prendre en compte toute la complexité du phénomène d'« alliance thérapeutique » dans le programme Lidcombe, il serait nécessaire d'investiguer également d'autres domaines :

- la question du ressenti de l'enfant lors du programme et celle de l'impact de son adhésion sur l'efficacité de cette méthode semble pertinente à étudier. Cela pourrait permettre de prendre en compte le vécu et le comportement d'un autre acteur de cette prise en charge.
- la question de la relation entre les parents et leur enfant lors de l'utilisation de cette thérapie pourrait être étudiée sous différents aspects :
 - o d'une part, le programme Lidcombe influençant en partie les interactions entre les différents membres de la famille, il semble intéressant d'étudier plus précisément l'impact du programme sur la relation établie entre les parents et leur enfant.
 - o d'autre part, il semble intéressant d'étudier en quoi la qualité de la relation établie entre les parents et leur enfant pourrait influencer la réussite de la prise en charge au moyen de ce programme.

Ensuite, les résultats que nous avons obtenus nous permettent d'envisager la poursuite de notre étude. Dans ce contexte, un travail contrôle, visant à investiguer l'impact de la qualité de la relation thérapeutique sur l'efficacité des parents dans l'application de la thérapie, pourrait être réalisé. Pour cela, il serait pertinent d'expérimenter nos hypothèses de façon opérationnelle. Il pourrait alors être envisageable de mener une observation concrète de plusieurs cas cliniques, en séance. Grâce à des enregistrements audio et/ou vidéos, il serait ainsi possible de réaliser une transcription détaillée prenant en compte les actions et comportements des personnes observées. Cela pourrait permettre de discuter les opinions recueillies lors de cette étude préliminaire.

CONCLUSION

La prise en charge du bégaiement est un sujet complexe, actuellement abordé tardivement dans la formation initiale des orthophonistes. Un intérêt personnel pour ce trouble nous a amenée à effectuer des stages auprès d'orthophonistes spécialistes de cette pathologie, nous permettant ainsi de découvrir le programme Lidcombe. Cette première approche de la méthode ainsi que nos échanges avec les professionnels ont appuyé notre envie de réaliser un mémoire questionnant la relation thérapeutique au sein de cette thérapie

Notre étude avait ainsi pour objectif d'investiguer la place de la relation thérapeutique établie entre les parents et le soignant, dans le cadre de la prise en soin de leur enfant à l'aide du programme Lidcombe.

Afin de nous questionner, d'une part quant à l'importance que revêt cette relation, pour le thérapeute comme pour les parents et, d'autre part quant à la manière dont se positionnent les différents acteurs dans cette prise en charge spécifique, nous avons constitué deux questionnaires. Nous avons les avons ensuite adressés à deux échantillons de population différents, afin d'obtenir des données provenant à la fois des parents et des orthophonistes.

Les résultats que nous avons obtenus, même non généralisables à l'ensemble des individus ayant recours à ce type de suivi, tendent à appuyer l'intérêt ultérieur d'un travail approfondi concernant l'impact de la relation thérapeutique sur l'efficacité des parents dans l'administration du traitement. En effet, nos données tendent à montrer que le positionnement nouveau supposé par le programme serait bien vécu par les différents participants à la prise en charge. De plus, la relation thérapeutique établie entre les parents et l'orthophoniste dans le cadre de cette méthode tiendrait une place centrale lors du déroulement de la thérapie.

Les réflexions que nous avons pu mener, au travers de ce travail, ainsi que les commentaires recueillis après la passation de nos questionnaires -démontrant un réel intérêt des parents comme des professionnels- encouragent la réalisation future d'études plus approfondies dans ce domaine.

Enfin, personnellement et professionnellement, ce travail nous a permis d'élargir notre regard sur le trouble multifactoriel qu'est le bégaiement. Nous avons eu l'occasion d'étudier et de comparer les diverses méthodes de prise en charge existant actuellement en France, tout en constatant que le programme Lidcombe s'imposait peu à peu comme l'une des plus efficace d'entre elles, chez l'enfant d'âge préscolaire. Ce travail, en étoffant nos connaissances, a conforté notre envie d'intervenir auprès de patients qui bégaiement et de nous former à de nouvelles méthodes afin d'enrichir notre pratique.

BIBLIOGRAPHIE

- Alm, P. A. (2004). Stuttering and the basal ganglia circuits: a critical review of possible relations.
- Ambrose, N. G. (1996). *The genetic basis of persistence and recovery in stuttering* (Text, University of Illinois at Urbana-Champaign). Retrieved from <https://www.ideals.illinois.edu/handle/2142/20800>
- Ambrose, N.G., Yairi, E., Loucks, T.M., Hubbard Seery, C., & Throneburg, R. (2015). Relation of motor, linguistic and temperament factors in epidemiologic subtypes of persistent and recovered stuttering: Initial findings. (45), 12–26.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* ((5e éd.)). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arbel-Lestrangé, C. de, Lawson, A., & Boucand, V. (2015). *Le programme Lidcombe : nouvelles mesures d'évaluation de son efficacité en France*. [S.l.] : [s.n.]. 2015. (NANCY - SANTÉ - BU M/ORT/2015/ARBEL-DE LESTRANGÉ).
- Association Parole Bégaiement. (2018). Le bégaiement. [Site officiel APB]. Retrieved April 29, 2018, from <https://www.begaielement.org/>
- Aumont-Boucand, V. (2013). La rééducation du bégaiement. In *Les approches thérapeutiques en orthophonie*. (Ortho Edition, Vol. 1).
- Aumont-Boucand, V., & Stuyvaert, V. (2014). *Le programme Lidcombe : situation en France et en Belgique*. 26(130), 235–242.
- Beal, D. S., Gracco, V. L., Lafaille, S. J., & De Nil, L. F. (2007). Voxel-based morphometry of auditory and speech-related cortex in stutterers. *NeuroReport*, 18(12), 1257. <https://doi.org/10.1097/WNR.0b013e3282202c4d>
- Biehal, N. (2008). Preventive Services for Adolescents: Exploring the Process of Change. *The British Journal of Social Work*, 38(3), 444–461. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl352>
- Bilal, N., Kurutas, E.B., et Orhan, I. (2018). An Evaluation of G-protein coupled membrane estrogen receptor-1 level in stuttering. 275, 469–476.
- Bioy, A., Bénony, H., Chahraoui, K., & Bachelart, M. (2012). Évolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik. *L'Évolution Psychiatrique*, 77(3), 342–351. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.02.003>
- Chang, S.-E., Angstadt, M., Chow, H. M., Etchell, A. C., Garnett, E. O., Choo, A. L., ... Sripada, C. (2018). Anomalous network architecture of the resting brain in children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 55, 46–67. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.01.002>
- Chang, S.-E., Erickson, K. I., Ambrose, N. G., Hasegawa-Johnson, M. A., & Ludlow, C. L. (2008). Brain Anatomy Differences in Childhood Stuttering. *NeuroImage*, 39(3), 1333–1344. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2007.09.067>

- Chang, S.-E., Horwitz, B., Ostuni, J., Reynolds, R., & Ludlow, C. L. (2011). Evidence of Left Inferior Frontal–Premotor Structural and Functional Connectivity Deficits in Adults Who Stutter. *Cerebral Cortex*, 21(11), 2507–2518. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhr028>
- Chang, S.-E., Kenney, M. K., Loucks, T. M. J., & Ludlow, C. L. (2009). Brain activation abnormalities during speech and non-speech in stuttering speakers. *NeuroImage*, 46(1), 201–212. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.01.066>
- Chow, H. M., & Chang, S.-E. (2017). White matter developmental trajectories associated with persistence and recovery of childhood stuttering. *Human Brain Mapping*, 38(7), 3345–3359. <https://doi.org/10.1002/hbm.23590>
- Conture, E. (2001). Stuttering, its nature, diagnosis, and treatment.
- Cottraux, J. (2017). *Les psychothérapies cognitives et comportementales*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson. DL 2017. (METZ - SAULCY - BU 616.891 4 COT).
- Cykowski, M. D., Kochunov, P. V., Ingham, R. J., Ingham, J. C., Mangin, J.-F., Rivière, D., ... Fox, P. T. (2008). Perisylvian Sulcal Morphology and Cerebral Asymmetry Patterns in Adults Who Stutter. *Cerebral Cortex*, 18(3), 571–583. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhm093>
- Daliri, A., Wieland, E. A., Cai, S., Guenther, F. H., & Chang, S.-E. (2018). Auditory-motor adaptation is reduced in adults who stutter but not in children who stutter. *Developmental Science*, 21(2), e12521. <https://doi.org/10.1111/desc.12521>
- Despland, J. N., de Roten, Y., Martinez, E., Plancherel, A. C., & Solai, S. (2000). L'alliance thérapeutique : un concept empirique. 4(2315). Retrieved from <https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2315/20758>
- Domingues, C.E.F, Olivera, C.M.C., Oliveira, B.V., Juste, F.S., Andrade, C.R.F, Giacheti, C.M, Moretti-Ferreira, D., et Drayna, D. (2014). A genetic linkage study in brazil identifies a new locus for persistent developmental stuttering on chromosome 10. 13(1), 2094–2101. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4238/2014.March.24.13>
- Drayna, D., et Frigerio-Domingues, C. (2017). Genetic contributions to stuttering : the current evidence. *Wiley Periodicals*, 95–102. <https://doi.org/10.1002/mgg3.276>
- Drayna, D., et Kang, C. (2011). Genetic approaches to understanding the causes of stuttering. 3(4), 374–380.
- Dumont, A. et Julien, M. (2004). *Le bégaiement*. (Solar). Paris.
- Erdemir, A., Walden, T. A., Jefferson, C. M., Choi, D., & Jones, R. M. (2018). The effect of emotion on articulation rate in persistence and recovery of childhood stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 56, 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.11.003>
- Etchell, A. C., Civier, O., Ballard, K. J., & Sowman, P. F. (2018). A systematic literature review of neuroimaging research on developmental stuttering between 1995 and 2016. *Journal of Fluency Disorders*, 55, 6–45. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.03.007>

- Ezrati-Vinacour, R., Platzky, R., & Yairi, E. (2001). The young child's awareness of stuttering-like disfluency. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR*, 44(2), 368–380.
- Fagnani, C., Fibiger, S., Skytthe, A., et Hjelmberg, J.V.B. (2011). Heritability and environmental effects for self-reported periods with stuttering: A twin study from Denmark. 36, 114–120.
- Femrell, L., Åvall, M., & Lindström, E. (2012). Two-Year Follow-Up of the Lidcombe Program in Ten Swedish-Speaking Children. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 64(5), 248–253. <https://doi.org/10.1159/000342149>
- Fenneteau, H. (2015). Enquête : Entretien et questionnaire Ed. 3. Retrieved from <http://univ.scholarvox.com.bases-doc.univ-lorraine.fr/book/88828459>
- Fontaine, O., Fontaine, P., & (Eds.). (2011). *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*. Retz.
- Foundas, A. L., Bollich, A. M., Corey, D. M., Hurley, M., & Heilman, K. M. (2001). Anomalous anatomy of speech–language areas in adults with persistent developmental stuttering. *Neurology*, 57(2), 207. <https://doi.org/10.1212/WNL.57.2.207>
- Foundas, A. L., Bollich, A. M., Feldman, J., Corey, D. M., Hurley, M., Lemen, L. C., & Heilman, K. M. (2004). Aberrant auditory processing and atypical planum temporale in developmental stuttering. *Neurology*, 63(9), 1640. <https://doi.org/10.1212/01.WNL.0000142993.33158.2A>
- Gayraud-Andel, M., et Poulat, M.P. (2011). *Le bégaiement : comment le surmonter*. (O. Jacob). Paris.
- Guitar, B. (2013). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. (4th ed.). Baltimore, MD: Lippincott-Williams & Wilkins.
- Harris, V., Onslow, M., Packman, A., Harrison, E., & Menzies, R. (2002). An experimental investigation of the impact of the Lidcombe Program on early stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 27(3), 203–214. [https://doi.org/10.1016/S0094-730X\(02\)00127-4](https://doi.org/10.1016/S0094-730X(02)00127-4)
- Howell, P., Au-Yeung, J., Yaruss, S. J., & Eldridge, K. (2006). Phonetic difficulty and stuttering in English. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 20(9), 703–716. <https://doi.org/10.1080/02699200500390990>
- Jacquemain, M. (2014). Méthodologie de l'enquête. Retrieved from <https://orbi.uliege.be/handle/2268/172365>
- Johnson, W. (1961). Measurements of oral reading and speaking rate and disfluency of adult male and female stutterers and nonstutterers. *Monograph Supplement*, (No. 7), 1–20.
- Jones, M., Onslow, M., Packman, A., Williams, S., Ormond, T., Schwarz, I., & Gebiski, V. (2005). Randomised controlled trial of the Lidcombe programme of early stuttering intervention. *BMJ*, 331(7518), 659. <https://doi.org/10.1136/bmj.38520.451840.E0>

- Kang, C., Riazuddin, S., Mundorff, J., Krasnewich, D., Friedman, P., Mullikin, J.C., et al. (2010). Mutations in the lysosomal enzyme-targeting pathway and persistent stuttering. *362*, 677–685.
- Lattermann, C., Euler, H. A., & Neumann, K. (2008). A randomized control trial to investigate the impact of the Lidcombe Program on early stuttering in German-speaking preschoolers. *Journal of Fluency Disorders*, *33*(1), 52–65. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2007.12.002>
- Le Huche, F. (2002). *Le bégaiement : option guérison*. (Albin Michel). Paris.
- Leclercq, A.-L., & Kister, J. (2015). Bégaiement chez le jeune enfant : Données préliminaires sur l'implémentation du programme Lidcombe en clinique francophone. *ANAE: Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, *135*. Retrieved from <https://orbi.uliege.be/handle/2268/186944>
- Leclercq, A.-L., Suaire, P., & Moysse, A. (2018). Beyond stuttering: Speech disfluencies in normally fluent French-speaking children at age 4. *Clinical Linguistics & Phonetics*, *32*(2). <https://doi.org/10.1080/02699206.2017.1344878>
- Lu, C., Peng, D., Chen, C., Ning, N., Ding, G., Li, K., ... Lin, C. (2010). Altered effective connectivity and anomalous anatomy in the basal ganglia-thalamocortical circuit of stuttering speakers. *CORTEX*, (1), 49.
- Månsson, H. (2000). Childhood stuttering: Incidence and development. *Journal of Fluency Disorders*, *25*(1), 47–57. [https://doi.org/10.1016/S0094-730X\(99\)00023-6](https://doi.org/10.1016/S0094-730X(99)00023-6)
- Martin, O. (2017). *L'analyse quantitative des données* (4e édition). Armand Colin.
- Millard, S. K., Nicholas, A., & Cook, F. M. (2008). Is Parent–Child Interaction Therapy Effective in Reducing Stuttering? *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. Retrieved from <https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/1092-4388%282008/046%29>
- Miller B., & Guitar B. (2009). Long-Term Outcome of the Lidcombe Program for Early Stuttering Intervention. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *18*(1), 42–49. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2008/06-0069\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2008/06-0069))
- Monfrais-Pfauwadel, M. C. (2014). *Bégaiement, bégaiements : un manuel clinique et thérapeutique*. Paris: De Boeck.
- Monfrais-Pfauwadel, M.C. (2013). Quand la génétique bouleverse la nosologie : le cas des formes cliniques du bégaiement. *3*(3), 217–225. <https://doi.org/10.4074/S0013754513003042>
- Oksenberg, P. (2014). La prise en charge orthophonique du bégaiement chez l'enfant avant 5 ans. *Contraste*, N° 39(1), 307–326.
- Onslow, M., & Millard, S. (2012). Palin Parent Child Interaction and the Lidcombe Program: Clarifying some issues. *Journal of Fluency Disorders*, *37*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.10.002>

- Onslow, M., & O'Brian, S. (2013). Management of childhood stuttering. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 49(2), E112–E115. <https://doi.org/10.1111/jpc.12034>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2008). CIM-10 / ICN-10 *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche*. Paris: Masson.
- Packman, A., Onslow, M., Webber, M., Harrison, E., Arnott, S., Bridgman, K., & Lloyd, W. (2015). The Lidcombe Program treatment guide.
- Packman, A., Onslow, M., Webber, M., Harrison, E., Lees, S., Bridgman, K., & Carey, B. (2010). The Lidcombe Program of early stuttering intervention treatment manual.
- Perrot, B. (2013). *Prise en charge du bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire avec le programme Lidcombe [Ressource électronique] : quels changements dans la pratique orthophonique?* [S.l.] : [s.n.]. 2013.
- Piérart, B. (2011). *Les bégaiements de l'adulte*. (Mardaga). Wavre, Belgique.
- Rautakoski, P., Hannus, T., Simberg, S., Sandnabba, N.K., et Santtila, P. (2012). Genetic and environmental effects on stuttering: a twin study from finland. 37, 202–210. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.12.003>
- Raza, M.H., Amjad, R., Riazuddin, S., and Drayna, D. (2012). Studies in a consanguineous family reveal a novel locus for stuttering on chromosome 16q. 131, 311–313.
- Raza, M.H., Domingues, C.E., Webster, R., Sainz, E., Paris, E., Rahn, R., et al. (2015). Mucopolipidosis types II and III and non-syndromic stuttering are associated with different variants in the same genes. 24, 529–534.
- Raza, M.H., Gertz, E.M, Mundorff, J., Lukong, J., Kuster, J., Schäffer, A.A. et Drayna, D. (2013). Linkage analysis of a large African family segregating stuttering suggests polygenic inheritance. 132(4), 385–396. <https://doi.org/10.1007/s00439-012-1252-5>.
- Raza, M.H., Mattera, R., Morell, R., Sainz, E., Rahn, R., Gutierrez, J., et al. (2015). Association between rare variants in AP4E1, a component of intracellular trafficking, and persistent stuttering. 97, 715–725.
- Raza, M.H., Riazudin, S., et Drayna, D. (2010). Identification of an autosomal recessive stuttering locus on chromosome 3q13.2-3q13.33. 128(4), 461–463. <https://doi.org/10.1007/s00439-010-0871-y>
- Reilly, S., Kefalianos, E., & Smith, K. (2013). The natural history of stuttering onset and recovery: data from a longitudinal study. 3(3), 275–285. <https://doi.org/DOI 10.4074/S0013754513003078>
- Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Cini, E., Conway, L., Ukoumunne, O. C., ... Wake, M. (2013). Natural History of Stuttering to 4 Years of Age: A Prospective Community-Based Study. *Pediatrics*, 132(3), 460–467. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3067>
- Riaz, N., Steinberg, S., Ahmad, J., Pluzhnikov, A., Riazuddin, S., Cox, N.J., et Drayna, D. (2005). Genomewide significant linkage to stuttering on chromosome 12. 4(76), 647–651.

- Shenker, R. C. (2013). Le programme Lidcombe pour les enfants d'âge préscolaire qui bégayaient : une vue d'ensemble. (256), 21–39.
- Simon, A. M. (2003). *L'enfant d'âge scolaire qui bégaye*. (230).
- Simon, A.M. (2004). Traitement du bégaiement. In *Les Approches thérapeutiques en orthophonie.*: Vol. Tome 1, Chapitre V. (Ortho Edition, Isbergues., p. 133–154.).
- Sommer, M., Koch, M. A., Paulus, W., Weiller, C., & Buchel, C. (2002). Disconnection of speech-relevant brain areas in persistent developmental stuttering. *Lancet*, 360(9330), 380.
- Spencer, C., & Weber-Fox, C. (2014). Preschool speech articulation and nonword repetition abilities may help predict eventual recovery or persistence of stuttering. (41), 32–46.
- Starkweather, C. W., & Gottwald, S. R. (1990). The demands and capacities model II: Clinical applications. *Journal of Fluency Disorders*, 15(3), 143–157. [https://doi.org/10.1016/0094-730X\(90\)90015-K](https://doi.org/10.1016/0094-730X(90)90015-K)
- Tomasi, M., & Boucand, V. (2014). *Le Programme Lidcombe : recherche sur l'efficacité de ce programme en France*. [S.l.] : [s.n.]. 2014. (NANCY - SANTÉ - BU M/ORT/2014/TOMASI).
- Tumanova, V., Conture, E. G., Lambert, E. W., & Walden, T. A. (2014). Speech disfluencies of preschool-age children who do and do not stutter. *Journal of Communication Disorders*, 49, 25–41. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2014.01.003>
- Uslar, E., Smith, A., & Weber, C. (2017). A Lag in Speech Motor Coordination During Sentence Production Is Associated With Stuttering Persistence in Young Children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research : JSLHR*, 60(1), 51–61. https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-S-15-0367
- Uslar, E., & Weber-Fox, C. (2015). Neurodevelopment for syntactic processing distinguishes childhood stuttering recovery versus persistence. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1866-1955-7-4>
- Van Hout A. et Estienne, F. (2009). *Les bégaiements : Histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements* (2e édition). Paris: Masson.
- Vincent, E. (2016). Thérapie du bégaiement. In *Guide de l'Orthophoniste.*: Vol. 2. Intervention dans les troubles du langage oral et de la fluence. (Medecine Sciences Publications., pp. 169–180). Lavoisier.
- Weber-Fox, C., Wray, A. H., & Arnold, H. (2013). Early Childhood Stuttering and Electrophysiological Indices of Language Processing. *Journal of Fluency Disorders*, 38(2), 206–221. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.01.001>
- What is PCIT for Professionals? (n.d.). Retrieved January 5, 2019, from PCIT website: <http://www.pcit.org/what-is-pcit-for-professionals.html>
- Witko, A. (2013). L'intervention précoce en orthophonie: complémentarité des thérapies directes et indirectes. (51), 6–17.

- Yairi, E., & Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38(2), 66–87. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.11.002>
- Yairi, E., & Ambrose, N. G. (1999). Early Childhood Stuttering I: Persistency and Recovery Rates. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(5), 1097–1112. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4205.1097>
- Yairi, E., & Ambrose, N. G. (2005). Early childhood stuttering: For clinicians by clinicians.

ANNEXES

1 Annexe 1 : Guide des figures.

Figure 1 – Classification disfluences normales versus disfluences bègues.....	Page 11
Figure 2 – Les différentes contingences verbales.....	Page 29
Figure 3 – Le programme Lidcombe, première phase.....	Page 32
Figure 4 : répartition des différents types de questions au sein des deux questionnaires de l'étude.....	Page 47
Figure 5 – répartition des questions en fonction des données attendues.....	Page 48
Figure 6 – Domaines croisés afin de questionner leurs corrélations – questionnaire orthophoniste.....	Page 49
Figure 7 – Domaines croisés afin de questionner leurs corrélations – questionnaire parents.....	Page 49

2 Annexe 2 : Questionnaire adressé aux orthophonistes :

Etude de la mise en place du Programme Lidcombe en pratique clinique, auprès d'enfants d'âge préscolaire qui bégayaient et de leur famille

Ce questionnaire a pour objectif d'étudier la place occupée par l'alliance thérapeutique, établie entre les parents et l'orthophoniste, lors de l'utilisation du programme Lidcombe.

Nous nous intéressons d'une part, à ce qui se joue dans cette relation lors de l'introduction du programme dans la prise en charge de l'enfant. D'autre part, nous souhaitons nous pencher sur la manière dont elle s'établit tout au long du suivi.

Pour ce faire, les questions porteront sur votre expérience personnelle du Programme Lidcombe, vos impressions et votre ressenti. Il n'y a donc pas de "bonnes" ou de "mauvaises" réponses. De plus, la passation du questionnaire est entièrement anonyme.

N'oubliez pas d'envoyer le formulaire en fin de passation, afin que nous puissions recevoir vos précieuses réponses.

Nous vous remercions pour l'attention que vous porterez à ce questionnaire, et nous vous en souhaitons une bonne lecture.

*Obligatoire

Informations générales

1. Q1. En quelle année avez-vous été formé(e) au programme Lidcombe ? *

Une seule réponse possible.

- 2010
- 2011
- 2012
- 2013
- 2014
- 2015
- 2016
- 2017
- 2018
- Je n'ai pas suivi la formation.

2. Q2. Pratiquez-vous systématiquement le programme Lidcombe avec vos patients dysfluents d'âge préscolaire accompagnés de leur famille ? *

Une seule réponse possible.

- Tout le temps.
- Souvent.
- Parfois.
- Rarement.
- Jamais.

3. Q3. Quel(s) critère(s) prenez-vous en compte pour proposer préférentiellement le programme Lidcombe à une famille plutôt qu'à une autre ? *

Plusieurs réponses possibles.
Plusieurs réponses possibles.

- La disponibilité de la famille.
- Le fonctionnement familial.
- La sévérité du bégaiement.
- D'éventuels échecs avec d'autres méthodes.
- L'âge de l'enfant.
- Autre : _____

Conduites Spécifiques au Programme Lidcombe

4. Q4. Dans le cadre du programme Lidcombe, avez-vous recours à des aménagements spécifiques de votre cabinet ? (mobilier, horaires, etc) *

Une seule réponse possible.

- Oui.
- Non.

5. Q4.1. A quel(s) type(s) d'aménagement(s) de votre cabinet avez-vous eu recours dans votre pratique du programme Lidcombe ?

Plusieurs réponses possibles. Ne répondez à cette question que si vous avez répondu positivement à la question précédente. Si vous n'êtes pas concerné(e), passez directement la question Q5.
Plusieurs réponses possibles.

- Bureau séparé, dédié à l'accueil des participants au programme.
- Table ronde.
- Canapé ou fauteuils.
- Espace dédié à l'accueil de la famille (autre qu'en face à face au bureau).
- Durée de séance allongée (>30 minutes)
- Autre : _____

6. Q5. Dans votre pratique du programme Lidcombe, vous rendez-vous plus disponible auprès des familles participant à cette thérapie qu'auprès de patients suivant d'autres thérapies ? *

Une seule réponse possible.

- Oui.
- Non.
- Je n'ai pas d'avis sur le sujet.

7. Q5.1. Si oui, de quelle(s) manière(s) vous rendez-vous particulièrement disponible auprès des familles participant à cette thérapie ?

Plusieurs réponses possibles. Ne répondez à cette question que si vous avez répondu positivement à la question précédente. Si vous n'êtes pas concerné(e), passez directement la question Q6.
Plusieurs réponses possibles.

- Les familles peuvent vous contacter par sms.
- Les familles peuvent vous contacter par appel téléphonique.
- Les familles ont la possibilité de prendre un rendez-vous avancé si elle se sentent en difficultés.
- Une adresse e-mail est donnée aux familles en cas de besoin.
- Un moment d'échange privilégié est proposé aux parents.
- Autre : _____

8. **Q6. Adaptez-vous parfois certaines composantes du programme pour répondre aux demandes ou aux besoins des parents ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui.
 Non.

9. **Q6.1. Quelle(s) composante(s) du programme êtes-vous amené(e) à adapter et de quelle(s) manière effectuez-vous ces adaptations ?**

Cette question vous permet de vous exprimer. Une réponse plutôt courte est souhaitée. Ne répondez à cette question que si vous avez répondu positivement à la question précédente. Si vous n'êtes pas concerné(e), passez directement la question Q7.

Aspects Relationnels

10. **Q7. De quelle(s) façon(s) gérez-vous les difficultés exprimées par les parents ? ***

Cette question vous permet de vous exprimer. Une réponse plutôt courte est souhaitée.

11. **Q8. De quelle(s) façon(s) gérez-vous les émotions exprimées par les parents (craintes, doutes, découragement, etc) ? ***

Cette question vous permet de vous exprimer. Une réponse plutôt courte est souhaitée.

12. **Q9. Pensez-vous que la relation établie avec les parents dans le cadre du programme Lidcombe diffère de celle habituellement en place dans l'utilisation d'autres méthodes ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui, totalement.
 Plutôt oui.
 Plutôt non.
 Non, pas du tout.
 Je n'ai pas d'avis sur ce sujet.

13. **Q9.1. Si "oui, totalement" ou "plutôt oui", comment se manifeste cette différence pour vous et comment la vivez-vous ?**

Cette question vous permet de vous exprimer. Ne répondez à cette question que si vous avez répondu positivement à la question précédente. Si vous n'êtes pas concerné(e), passez directement la question Q10.

14. **Q10.** Lors de votre formation au programme Lidcombe, la question de la relation avec la famille a-t-elle été abordée ? *

Une seule réponse possible.

- Oui.
 Non.

15. **Q10.1.** Pensez-vous que la question de la relation avec la famille devrait-être davantage abordée lors de la formation au programme Lidcombe ? *

Une seule réponse possible.

- Oui, cela manque.
 Plutôt oui, cela mérite d'être davantage abordé.
 Plutôt non, cela ne mérite pas d'être davantage abordé.
 Non, il n'est pas nécessaire d'aborder ce sujet.
 Je n'ai pas d'avis sur ce sujet.

16. **Q11.** Concernant la relation avec les parents lors de l'utilisation du programme Lidcombe, vous diriez que celle-ci tient une place : *

Plusieurs réponses possibles.

Plusieurs réponses possibles.

- Plus importante que dans d'autres prises en charge, plus "classiques".
 Très importante.
 Plutôt importante.
 Plutôt pas importante.
 Pas importante du tout.
 Moins importante que dans d'autres prises en charge, plus "classiques".

17. **Q12.** Le programme Lidcombe implique des modifications dans la posture même de l'orthophoniste, qui devient formateur et non unique acteur de la prise en charge. Avez-vous rencontré des difficultés avec ce nouveau rôle que suppose la pratique du programme ? *

Une seule réponse possible.

- Oui, souvent.
 Oui, parfois.
 Non, rarement.
 Non, jamais.

18. **Q12.1.** Si "oui, souvent ou parfois", quelle(s) difficulté(s) avez-vous rencontrées concernant la redéfinition des rôles supposée par le programme ?

Cette question vous permet de vous exprimer. Une réponse plutôt courte est souhaitée. Ne répondez à cette question que si vous avez répondu positivement à la question précédente. Si vous n'êtes pas concerné(e), passez directement la question Q13.

19. **Q13. Dans votre pratique du programme Lidcombe, proposez-vous aux parents de modifier leurs habitudes familiales ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui, souvent.
- Oui, parfois.
- Non, rarement.
- Non, jamais.
- Je n'ai pas d'avis sur ce sujet.

20. **Q13.1. Si "oui, souvent ou parfois", proposer aux parents de modifier leurs habitudes familiales vous a-t-il semblé :**

Plusieurs réponses souhaitées. Ne répondez à cette question que si vous avez répondu positivement à la question précédente. Si vous n'êtes pas concerné(e), passez directement la question Q14.

Plusieurs réponses possibles.

- Nécessaire.
- Inutile.
- Facile.
- Difficile.
- Naturel.
- Intrusif.
- Autre : _____

21. **Q14. Selon vous, en cas de difficultés, voire d'échec du programme, à qui ou quoi peut-on en attribuer la responsabilité ? ***

Une seule réponse possible.

- L'orthophoniste
- Les parents.
- Le programme en lui-même.
- Je n'ai pas d'avis sur ce sujet.
- Autre : _____

22. **Q14.1. Pouvez-vous expliquer pourquoi ? ***

Cette question renvoie à votre avis concernant la question 14. Elle vous permet de vous exprimer. Une réponse plutôt courte est souhaitée.

23. **Q15. Dans le cadre de ce mémoire, un questionnaire va être adressé à des parents d'enfants ayant suivi et terminé le programme. Seriez-vous volontaire pour diffuser ce second formulaire au sein de votre patientèle ? Dans le cas où vous accepteriez, pourriez-vous nous indiquer une adresse mail, afin de recevoir le questionnaire en question ? Merci pour votre aide.**

Vous pouvez indiquer ici une adresse mail, ou tout autre moyen permettant de vous contacter.

19. **Q13. Dans votre pratique du programme Lidcombe, proposez-vous aux parents de modifier leurs habitudes familiales ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui, souvent.
- Oui, parfois.
- Non, rarement.
- Non, jamais.
- Je n'ai pas d'avis sur ce sujet.

20. **Q13.1. Si "oui, souvent ou parfois", proposer aux parents de modifier leurs habitudes familiales vous a-t-il semblé :**

Plusieurs réponses souhaitées. Ne répondez à cette question que si vous avez répondu positivement à la question précédente. Si vous n'êtes pas concerné(e), passez directement la question Q14.
Plusieurs réponses possibles.

- Nécessaire.
- Inutile.
- Facile.
- Difficile.
- Naturel.
- Intrusif.
- Autre : _____

21. **Q14. Selon vous, en cas de difficultés, voire d'échec du programme, à qui ou quoi peut-on en attribuer la responsabilité ? ***

Une seule réponse possible.

- L'orthophoniste
- Les parents.
- Le programme en lui-même.
- Je n'ai pas d'avis sur ce sujet.
- Autre : _____

22. **Q14.1. Pouvez-vous expliquer pourquoi ? ***

Cette question renvoie à votre avis concernant la question 14. Elle vous permet de vous exprimer. Une réponse plutôt courte est souhaitée.

23. **Q15. Dans le cadre de ce mémoire, un questionnaire va être adressé à des parents d'enfants ayant suivi et terminé le programme. Seriez-vous volontaire pour diffuser ce second formulaire au sein de votre patientèle ? Dans le cas où vous accepteriez, pourriez-vous nous indiquer une adresse mail, afin de recevoir le questionnaire en question ? Merci pour votre aide.**

Vous pouvez indiquer ici une adresse mail, ou tout autre moyen permettant de vous contacter.

24. **Ce questionnaire est maintenant terminé. Nous vous remercions pour votre participation et pour le temps que vous nous avez accordé. Souhaitez-vous ajouter quelque chose qui n'aurait pas été abordé ?**

Cette question vous permet de vous exprimer. Lorsque vous aurez terminé, pensez à valider l'envoi du formulaire.

3 Annexe 3 : Questionnaire adressé aux parents :

Etude de la mise en place du Programme Lidcombe en pratique clinique, auprès d'enfants d'âge préscolaire qui bégaièrent et de leur famille

Ce questionnaire a pour objectif d'étudier la place occupée par l'alliance thérapeutique, établie entre les parents et l'orthophoniste, lors de l'utilisation du programme Lidcombe.

Nous nous intéressons d'une part, à ce qui se joue dans cette relation lors de l'introduction du programme dans la prise en charge de votre enfant. D'autre part, nous souhaitons nous pencher sur la manière dont elle s'établit tout au long du suivi.

Pour ce faire, les questions porteront sur votre expérience personnelle du Programme Lidcombe, vos impressions et votre ressenti. Il n'y a donc pas de "bonnes" ou de "mauvaises" réponses. De plus, la passation du questionnaire est entièrement anonyme.

N'oubliez pas d'envoyer le formulaire en fin de passation, afin que nous puissions recevoir vos précieuses réponses.

Nous vous remercions pour l'attention que vous porterez à ce questionnaire, et nous vous en souhaitons une bonne lecture.

*Obligatoire

Informations Générales

1. Q1. Quel âge avait votre enfant à l'apparition de son bégaiement? *

Une seule réponse possible.

- 1 an
- 2 ans
- 3 ans
- 4 ans
- 5 ans
- 6 ans
- + de 6 ans

2. Q2. Avant de commencer le programme Lidcombe, depuis combien de temps votre enfant bégayait-il ? *

Une seule réponse possible.

- Depuis moins d'1 mois
- Depuis 1 à 3 mois
- Depuis 3 à 6 mois
- Depuis 6 à 9 mois
- Depuis 9 à 12 mois
- Depuis plus d'1 an

3. Q3. Est-ce qu'un ou plusieurs autre(s) membre(s) de votre famille présente(nt) ou a/ont présenté un bégaiement ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

4. Q4. Avant d'entamer le programme Lidcombe, avez-vous essayé d'autres traitements ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

5. Q4.1. Si oui, quel(s) autre(s) traitement(s) aviez-vous essayé auparavant ?

Plusieurs réponses possibles. Ne répondez à cette question que si vous avez répondu positivement à la question précédente. Si vous n'êtes pas concerné, passez directement la question Q5.

Plusieurs réponses possibles.

- Des techniques directes, agissant sur la parole de l'enfant (ex : parole prolongée, Parent Child Intervention, dessins/comptines autour de la parole, etc)
 Des techniques indirectes, agissant sur l'environnement de l'enfant (programme des "Demandes et Capacités", etc)
 De la guidance parentale
 De la relaxation
 Consultation d'autres professionnels (psychologue, etc)
 Autre : _____

6. Q4.2. La relation établie avec l'orthophoniste lors de la mise en place du programme Lidcombe vous a-t-elle paru différente de ce que vous aviez connu lors du précédent traitement ?

Réponse unique souhaitée. Ne répondez à cette question que si vous avez répondu positivement aux questions précédentes. Si vous n'êtes pas concerné, passez directement la question Q5.

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Je n'ai pas d'avis sur ce sujet

Introduction du Programme Lidcombe dans la Prise en charge de votre enfant

7. Q5. Connaissiez-vous le programme Lidcombe avant d'entamer la prise en charge de votre enfant ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

8. Q5.1. Si oui, comment avez-vous connu le programme Lidcombe?

Plusieurs réponses possibles. Ne répondez à cette question que si vous avez répondu positivement à la question précédente. Si vous n'êtes pas concerné, passez directement la question Q8.

Plusieurs réponses possibles.

- Via Internet
 Via des lectures personnelles
 Via une connaissance ou un proche
 Via un(e) autre orthophoniste
 Autre : _____

9. Q6. Comment avez-vous vécu l'introduction du programme Lidcombe dans la prise en charge de votre enfant? *

Plusieurs réponses possibles.
Plusieurs réponses possibles.

- Impatience
- Réticence
- Surprise
- Perplexité
- Enthousiasme
- Crainte
- Première impression encourageante, semblait répondre à vos attentes
- Doutes quant à la capacité du programme à répondre à vos attentes
- Je n'ai pas d'avis sur ce sujet
- Autre : _____

Déroulement de la prise en charge

10. Q7. Lors du suivi de votre enfant, vous êtes-vous approprié facilement le Programme Lidcombe ? *

Une seule réponse possible.

- Oui, très facilement.
- Oui, assez facilement.
- Non, plutôt difficilement.
- Non, pas du tout.
- Je n'ai pas d'avis sur ce sujet.

11. Q8. Vous êtes-vous senti compétent pour appliquer le programme Lidcombe ? *

Une seule réponse possible.

- Oui, complètement.
- Oui, la plupart du temps.
- Non, pas souvent.
- Non, pas du tout.
- Je n'ai pas d'avis sur ce sujet.

12. Q9. Concernant les informations données par votre orthophoniste, vous avez eu l'impression qu'elles étaient : *

Plusieurs réponses possibles.
Plusieurs réponses possibles.

- Claires
- Confuses
- Suffisantes
- Insuffisantes
- Trop nombreuses
- Satisfaisantes
- Peu satisfaisantes
- Autre : _____

13. Q10. Concernant les commentaires sur la parole de votre enfant : vous avez trouvé cela : *

Une seule réponse possible.

- Très facile.
- Plutôt facile.
- Plutôt difficile.
- Très difficile.
- Je n'ai pas d'avis sur ce sujet.

14. Q11. Concernant les échelles de sévérité, vous avez trouvé le fait de participer à la notation : *

Une seule réponse possible.

- Très facile.
- Plutôt facile.
- Plutôt difficile.
- Très difficile.
- Je n'ai pas d'avis sur ce sujet.

15. Q12. Avez-vous dû modifier vos habitudes familiales pour suivre le programme Lidcombe ? *

Une seule réponse possible.

- Oui.
- Non.
- Je n'ai pas d'avis sur ce sujet.

16. Q12.1. Si oui, modifier vos habitudes familiales vous a-t-il semblé :

Plusieurs réponses possibles. Ne répondez à cette question que si vous avez répondu positivement à la question précédente. Si vous n'êtes pas concerné, passez directement la question Q13.

Plusieurs réponses possibles.

- Nécessaire
- Inutile
- Facile
- Difficile
- Naturel
- Intrusif
- Autre : _____

Aspects Relationnels

17. Q13. Avant de commencer le programme Lidcombe, vous attendiez-vous à participer pleinement à la prise en charge de votre enfant ? *

Une seule réponse possible.

- Oui, totalement.
- Oui, mais pas autant.
- Non, pas vraiment.
- Non, pas du tout.
- Je n'ai pas d'avis sur ce sujet.

18. Q14. Avez-vous apprécié d'avoir un rôle actif dans la prise en charge de votre enfant *

Une seule réponse possible.

- Oui, totalement.
- Plutôt oui.
- Plutôt non.
- Non, pas du tout.
- Je n'ai pas d'avis sur ce sujet.

19. Q15. Lors de cette prise en charge, comment qualifieriez-vous la relation que vous aviez avec votre orthophoniste ? *

Plusieurs réponses possibles.

Une seule réponse possible.

- Symétrique (d'égal à égal).
- Asymétrique (l'un des participants possède un rôle plus important).
- Autre : _____

20. Q15.1. Lors de cette prise en charge, comment qualifieriez-vous la qualité de la relation que vous aviez avec votre orthophoniste ? *

Plusieurs réponses possibles.

Une seule réponse possible.

- Très bonne.
- Plutôt bonne.
- Plutôt mauvaise.
- Très mauvaise.
- Je n'ai pas d'avis sur ce sujet.

21. Q16. Concernant la relation avec votre orthophoniste, vous diriez que celle-ci a tenu une place :

Une seule réponse possible.

- Plus importante que ce que vous pensiez.
- Assez importante.
- Pas très importante.
- C'est la manière d'appliquer le programme qui est importante, pas la relation entre les participants.
- Je n'ai pas d'avis sur ce sujet.

22. Q17. Concernant votre orthophoniste, vous l'avez trouvé(e) : *

Plusieurs réponses possibles.

Plusieurs réponses possibles.

- A l'écoute.
- Peu à l'écoute.
- Attentive à vos besoins.
- Peu attentive à vos besoins.
- Intrusive.
- Pas du tout intrusive.
- Disponible.
- Peu disponible.
- Encourageante.
- Décourageante.
- Sensible à votre état d'esprit.
- Peu sensible à votre état d'esprit.
- Autre : _____

23. Q18. Lors du déroulement du programme Lidcombe, avez-vous connu des moments de découragement ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je n'ai pas d'avis sur ce sujet.

24. Q18.1. Si oui, à quoi diriez-vous que vos moments de découragement étaient dus ?

Cette question vous permet de vous exprimer. Une réponse plutôt courte est souhaitée. Ne répondez à cette question que si vous avez répondu positivement à la question précédente. Si vous n'êtes pas concerné, passez directement la question Q19.

25. Q19. Avez-vous trouvé le programme Lidcombe adapté à votre rôle de parent ? *

Une seule réponse possible.

- Oui, totalement.
- Plutôt oui.
- Plutôt non.
- Non, pas du tout.
- Je n'ai pas d'avis sur ce sujet.

26. Q20. Avez-vous eu l'impression que votre relation avec votre enfant avait été modifiée suite au suivi du programme Lidcombe ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je n'ai pas d'avis sur ce sujet.

27. Q20.1. Dans quelle mesure la relation avec votre enfant a-t-elle été modifiée dans l'utilisation du programme Lidcombe ?

Cette question vous permet de vous exprimer. Une réponse plutôt courte est souhaitée. Ne répondez à cette question que si vous avez répondu positivement à la question précédente. Si vous n'êtes pas concerné, passez directement la question Q21.

28. Q21. Avez-vous été satisfait de la prise en charge de votre enfant via le programme Lidcombe ?

Une seule réponse possible.

- Oui, totalement.
- Plutôt oui.
- Plutôt non.
- Non, pas du tout.
- Je n'ai pas d'avis sur ce sujet.

29. Ce questionnaire est maintenant terminé. Nous vous remercions pour votre participation et pour le temps que vous nous avez accordé. Souhaitez-vous ajouter quelque chose qui n'aurait pas été abordé ?

Cette question vous permet de vous exprimer. Lorsque vous aurez terminé, pensez à valider l'envoi du formulaire.

4 Annexe 4 : Résultats au test de Pearson pour le questionnaire destiné aux orthophonistes

	Q10.1 : Mérite d'être plus abordé ?	Q12 : difficultés avec rôle de formateur ?	Q13 : Demande aux parents de modifier leurs habitudes ?
Q2 : pratique régulière ?	p-value : 0.0326483477261 p : -0.3672 Intervalle de confiance à 95%[-0.6275 ; -0.0332] Degrés de liberté : 32	p-value : 0.46844506605749 p : -0.1286 Intervalle de confiance à 95%[-0.4473 ; 0.2191] Degrés de liberté : 32	p-value : 0.17446917999751 p : -0.2384 Intervalle de confiance à 95%[-0.5336 ; 0.1085] Degrés de liberté : 32
Q9 : relation différente autre PEC ?	p-value : 0.384600276369 p : -0.154 Intervalle de confiance à 95%[-0.4678 ; 0.1943] Degrés de liberté : 32	p-value : 0.89786593632326 p : 0.0229 Intervalle de confiance à 95%[-0.3178 ; 0.3583] Degrés de liberté : 32	p-value : 0.71312827486749 p : -0.0654 Intervalle de confiance à 95%[-0.3949 ; 0.2789] Degrés de liberté : 32

En vert : case pour laquelle il existe une corrélation d'après le test de Pearson

En rouge : case pour laquelle il n'existe pas de corrélation d'après le test de Pearson

5 Annexe 5 Résultats au test de Pearson pour le questionnaire destiné aux parents

	Q13 : s'attendaient à participer	Q14 : rôle actif	Q15.1 : qualité de la relation avec ortho	Q16 : place de la relation	Q21 : satisfaction
Q7 : appropriation	p-value : 0.035414234474465 p : 0.4504 Intervalle de confiance à 95%[0.0356 ; 0.7329] Degrés de liberté : 20	p-value : 0.0038773444053517 p : 0.5896 Intervalle de confiance à 95%[0.2236 ; 0.8099] Degrés de liberté : 20	p-value : 0.026072247898932 p : 0.4734 Intervalle de confiance à 95%[0.0647 ; 0.7461] Degrés de liberté : 20	p-value : 0.82024146164528 p : 0.0514 Intervalle de confiance à 95%[-0.3784 ; 0.463] Degrés de liberté : 20	p-value : 0.035414234474465 p : 0.4504 Intervalle de confiance à 95%[0.0356 ; 0.7329] Degrés de liberté : 20
Q8 : sentiment de compétence	p-value : 0.010072536557182 p : 0.5364 Intervalle de confiance à 95%[0.1483 ; 0.7813] Degrés de liberté : 20	p-value : 0.00019331504491304 p : 0.7134 Intervalle de confiance à 95%[0.4173 ; 0.8726] Degrés de liberté : 20	p-value : 0.018962309903813 p : 0.4957 Intervalle de confiance à 95%[0.0937 ; 0.7588] Degrés de liberté : 20	p-value : 0.36644765244837 p : 0.2024 Intervalle de confiance à 95%[-0.2397 ; 0.5749] Degrés de liberté : 20	p-value : 0.14046479186375 p : 0.3246 Intervalle de confiance à 95%[-0.1123 ; 0.6564] Degrés de liberté : 20
Q10 : facilité commentaires	p-value : 0.50405263295964 p : 0.1504 Intervalle de confiance à 95%[-0.2896 ; 0.5379] Degrés de liberté : 20	p-value : 0.0068778265712427 p : 0.5587 Intervalle de confiance à 95%[0.1793 ; 0.7934] Degrés de liberté : 20	p-value : 0.1239917649682 p : 0.3379 Intervalle de confiance à 95%[-0.0976 ; 0.6648] Degrés de liberté : 20	p-value : 0.81528073590044 p : 0.0529 Intervalle de confiance à 95%[-0.3772 ; 0.4641] Degrés de liberté : 20	p-value : 0.33054393186101 p : 0.2177 Intervalle de confiance à 95%[-0.2246 ; 0.5855] Degrés de liberté : 20
Q11 : facilité échelles	p-value : 0.59740657292292 p : 0.1192 Intervalle de confiance à 95%[-0.3185 ; 0.5149] Degrés de liberté : 20	p-value : 0.98513449063435 p : 0.0042 Intervalle de confiance à 95%[-0.4181 ; 0.4251] Degrés de liberté : 20	p-value : 0.72196491434622 p : -0.0804 Intervalle de confiance à 95%[-0.4856 ; 0.3531] Degrés de liberté : 20	p-value : 0.66394700845955 p : 0.0981 Intervalle de confiance à 95%[-0.3374 ; 0.4991] Degrés de liberté : 20	p-value : 0.59740657292292 p : 0.1192 Intervalle de confiance à 95%[-0.3185 ; 0.5149] Degrés de liberté : 20
Q19 : adapté parentalité	p-value : 0.015022189195298 p : 0.5113 Intervalle de confiance à 95%[0.1143 ; 0.7674] Degrés de liberté : 20	p-value : 0.30488421524433 p : 0.2292 Intervalle de confiance à 95%[-0.213 ; 0.5935] Degrés de liberté : 20	p-value : 0.11074225869615 p : 0.3496 Intervalle de confiance à 95%[-0.0845 ; 0.6721] Degrés de liberté : 20	p-value : 0.26964443062214 p : -0.2461 Intervalle de confiance à 95%[-0.6049 ; 0.1959] Degrés de liberté : 20	p-value : 1 Degrés de liberté : 20

Guimbard Margot

Titre du mémoire

Etude de la relation thérapeutique dans le cadre du programme Lidcombe, auprès d'enfants d'âge préscolaire qui bégaiant

Résumé

Le programme Lidcombe est une thérapie d'origine australienne, dédiée à la prise en charge du bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire. Cette méthode, héritée des thérapies cognitivo-comportementales, invite le thérapeute à former les parents qui participent alors pleinement à la prise en charge de leur enfant. Les rôles de chacun sont donc redistribués. Pour cette raison, nous avons pour objectif de nous pencher sur la question de la relation thérapeutique établie entre les parents et l'orthophoniste lors de ce programme. Pour cela, nous avons interrogé d'une part des professionnels pratiquant la méthode et, d'autre part, des parents d'enfants dont le bégaiement avait été pris en charge grâce à cette même approche. Selon nos résultats, la relation thérapeutique aurait tendance à occuper une place centrale dans le déroulement du traitement, tout en possédant des spécificités, inhérentes au programme, relevant de l'alliance thérapeutique. Cependant, les parents comme les thérapeutes ne semblent globalement pas gênés par le positionnement nouveau qui leur est attribué. Ainsi, notre travail semble appuyer la nécessité d'étudier la notion de relation thérapeutique plus en détails, notamment au travers d'une étude questionnant l'impact de la relation thérapeutique sur l'efficacité des parents dans l'administration du traitement.

Mots-clés

bégaiement, Programme Lidcombe, relation thérapeutique, parents, orthophoniste, enfants d'âge préscolaire.

Abstract

The Lidcombe program is an Australian therapy, developed to treat the stuttering of the preschool child. This method, based on cognitive-behavioral therapies, invites the therapist to train the parents, who are therefore fully involved in their child's treatment. Everyone's role is thus redistributed. For this reason, our purpose was to explore the issue of the therapeutic relationship established between parents and the speech-language pathologist during this program. For that, we interviewed professionals practicing the method and parents of children whose stuttering had been treated by this approach. According to our results, the therapeutic relationship would tend to occupy a central place in the course of treatment, while having peculiarities, specific to the program, close to therapeutic alliance. However, parents and therapists do not generally seem to be bothered by the new positioning assigned by the method. Thus, our work seems to support the need for more detailed studies of the therapeutic relationship, including one questioning the impact of the therapeutic relationship on the efficacy of parents in the administration of treatment

Keywords

stuttering, Lidcombe Program, therapeutic relationship, parents, speech therapist, preschool children