



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>



UNIVERSITE DE LORRAINE
FACULTE DE MEDECINE



ECOLE D'ORTHOPHONIE DE LORRAINE
Année Universitaire 2012/2013

Mémoire de recherche

Présenté en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste

Par

Bérengère PERROT

**PRISE EN CHARGE DU BEGAIEMENT DE L'ENFANT D'AGE PRESCOLAIRE
AVEC LE PROGRAMME LIDCOMBE :
QUELS CHANGEMENTS DANS LA PRATIQUE ORTHOPHONIQUE?**

Soutenu le 20 JUIN 2013

Jury :

Monsieur le Professeur M. MUSIOL, Professeur des Universités en Psychologie, membre du laboratoire ATLIF, CNRS, Président du jury

Madame C. DAUBIE, Orthophoniste, Directrice du Mémoire

Madame M.-P. DERNIS-PARADIS, Orthophoniste et Scénotherapeute, Assesseure

Madame le Docteur V. SIBIRIL, Pédiopsychiatre, Assesseure

REMERCIEMENTS

Je souhaiterais adresser mes sincères remerciements à :

Monsieur le Professeur Michel Musiol, pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury.

Madame Catherine Daubié, pour m'avoir fait confiance et avoir cru en mon projet. Je la remercie également pour sa disponibilité, son aide, ses encouragements et sa bonne humeur tout au long de cette année.

Madame Marie-Pascale Dernis-Paradis, pour sa bienveillance et son implication.

Madame le Docteur Véronique Sibiril, pour avoir accueilli mon étude avec intérêt et pour sa confiance et ses conseils.

Madame Véronique Aumont-Boucand et *Madame Sylvie Brignone-Raulin*, pour leur disponibilité et le partage de leurs connaissances.

Madame Yolaine Dippenweiler, pour son aide précieuse en langue anglaise.

Tous les orthophonistes ayant eu la gentillesse d'accepter de participer à cette étude. Je les remercie d'avoir partagé leur expérience et d'avoir exprimé un vif intérêt pour ma recherche.

Mes collègues de promotion, avec qui j'ai partagé ces années de formation et tout particulièrement *Cynthia* et *Gaëlle*, pour leur écoute et leur amitié sans faille.

Mes parents, qui ont largement contribué à la réalisation de mes projets et qui ont cru en moi.

Sophie P. et *Sophie F.*, qui m'ont toutes deux encouragée et enrichie en partageant leur expérience.

Mes amis, pour leur humour et leur joie de vivre qui m'ont fait beaucoup de bien dans les moments de doutes et de stress.

Elvis, qui a dû apprendre à être patient et qui m'a soutenue durant ces quatre années.

« L'accès au savoir peut emprunter de nombreuses voies, mais encore faut-il rester ouvert à ce savoir. Pour rester ouvert, une façon est de s'engager régulièrement dans des dialogues avec les autres. Le dialogue comprend l'écoute et la compréhension de toutes les parties, en identifiant à la fois les perspectives de chacun comme les siennes propres. »

SHAPIRO D., 1994 (in SHAPIRO D. & al., 2001).

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

INTRODUCTION	1
---------------------------	----------

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE1. LE BEGAIEMENT DU JEUNE ENFANT ET SA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE.....	3
--	----------

1.1. Définitions	3
1.1.1. Le bégaiement est un trouble de la fluence verbale et de la communication	3
1.1.2. Le bégaiement est un trouble cyclique et variable d'une personne à l'autre.....	4
1.1.3. Le bégaiement est un trouble développemental.....	4
1.2. Symptomatologie	5
1.2.1. Symptômes « primaires ».....	6
1.2.1.1. <i>Les bégayages : aspects auditifs</i>	6
1.2.1.2. <i>Les comportements non verbaux : aspects visuels</i>	6
1.2.2. Symptômes « secondaires ».....	6
1.2.2.1. <i>Les comportements spécifiques</i>	6
1.2.2.2. <i>Les habiletés pragmatiques et sociales</i>	7
1.2.2.3. <i>Les aspects psychologiques : la métaphore de l'Iceberg</i>	8
1.2.3. Troubles fréquemment associés (comorbidité)	8
1.3. Ages d'apparition	9
1.4. Hypothèses étiologiques sur le bégaiement	10
1.4.1. Les facteurs prédisposants.....	10
1.4.2. Les facteurs précipitants	11
1.4.3. Les facteurs pérennisants.....	12
1.5. Critères de risque de chronicisation et indications de prise en charge.....	12
1.6. La prise en charge orthophonique du bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire	13
1.6.1. L'objectif de la prise en charge orthophonique du bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire	13
1.6.2. L'importance de la prévention et d'une intervention précoce	13

1.6.3.	La demande.....	14
1.6.4.	L’anamnèse	15
1.6.5.	Le bilan orthophonique.....	15
1.6.6.	Le diagnostic orthophonique	16
1.6.7.	La guidance parentale (ou accompagnement parental) : dispositif de prévention	16
1.6.7.1.	<i>Principes et objectifs</i>	16
1.6.7.2.	<i>Les axes de changements</i>	17
1.6.8.	Modalités de prise en charge et critères d’arrêt.....	17
1.6.9.	Limites de la guidance parentale	18
1.6.10.	Deux options thérapeutiques : méthodes directes VS indirectes	18
CHAPITRE2. METHODE DE PRISE EN CHARGE COMPORTEMENTALE POUR L’ENFANT D’AGE PRESOLAIRE QUI BEGAIE : LE PROGRAMME LIDCOMBE		21
2.1.	Ancrages Théoriques.....	21
2.1.1.	La plasticité cérébrale	21
2.1.2.	Les théories de l’apprentissage	22
2.1.2.1.	<i>Le conditionnement classique ou « Pavlovien » ou « par association » ou « répondant » : début du XX^{ème} siècle.....</i>	22
2.1.2.2.	<i>Le conditionnement opérant ou « Skinnerien » ou « instrumental » ou « behavioriste » : 1953.....</i>	23
2.1.2.3.	<i>L’apprentissage social ou cognitif : 1973.....</i>	24
2.1.3.	Le facteur motivationnel et le processus de changement	25
2.1.4.	Les fondements des thérapies comportementales, cognitives et cognitivo- comportementales (TCC)	25
2.1.4.1.	<i>Les émotions.....</i>	26
2.1.4.2.	<i>Les cognitions</i>	26
2.1.4.3.	<i>Les comportements</i>	27
2.1.5.	Le fonctionnement des TCC	28
2.1.5.1.	<i>L’analyse fonctionnelle.....</i>	28
2.1.5.2.	<i>Le contrat thérapeutique.....</i>	28
2.1.5.3.	<i>Le choix et la mise en place des stratégies thérapeutiques.....</i>	29
2.1.5.4.	<i>L’évaluation des résultats.....</i>	31
2.1.6.	Les TCC appliquées à l’enfant.....	31

2.1.7. Le rôle de l'environnement et de l'implication parentale.....	33
2.2. Présentation du Programme Lidcombe	34
2.2.1. Contextualisation	34
2.2.2. Présentation de la méthode.....	35
2.2.2.1. <i>Les composantes essentielles</i>	35
2.2.2.2. <i>Les procédures</i>	37
2.2.2.3. <i>L'individualisation du programme</i>	38
2.2.3. Premières études	39
2.2.3.1. <i>Validations scientifiques</i>	39
2.2.3.2. <i>L'analyse thématique d'expériences maternelles à partir d'interviews</i>	40
2.2.4. Son arrivées auprès des professionnels français.....	42
Hypothèses théoriques	42

PARTIE METHODOLOGIQUE

1. POPULATION.....	43
1.1. Critères d'inclusion et d'exclusion	43
1.2. Le recrutement	43
1.3. L'échantillon.....	43
2. OUTILS METHODOLOGIQUES	43
2.1. Choix méthodologique.....	43
2.1.1. Les techniques d'enquêtes.....	45
2.1.2. Choix du questionnaire	46
2.2. Elaboration d'un questionnaire	46
2.2.1. Formulation des questions (forme).....	46
2.2.2. Types de questions (contenu)	48
2.2.3. Agencement des questions	50
2.2.4. La standardisation	50
2.3. Réalisation du questionnaire et pré-tests.....	51
2.4. Diffusion du questionnaire	51

2.5. Présentation du questionnaire final	51
3. MODE DE TRAITEMENT DES DONNEES	52
3.1. Analyse statistique	52
3.2. Analyse de contenu.....	53
4. PRECAUTIONS METHODOLOGIQUES	53
4.1. Le biais de l'échantillonnage.....	53
4.2. Le biais du moyen de diffusion	54
4.3. Le biais des non- réponses.....	54
Hypothèses opérationnelles.....	54

RESULTATS ET ANALYSES

1. ANALYSES DES DONNEES ET TRAITEMENT DES HYPOTHESES OPERATIONNELLES	55
1.1. Analyse de la population répondante.....	55
1.2. Analyse quantitative et traitement des hypothèses opérationnelles	58
1.2.1. Les différences du PL mises en avant par les orthophonistes.....	58
1.2.2. L'aspect systématique et structuré des outils thérapeutiques	58
1.2.3. Les difficultés rencontrées lors de l'utilisation du PL.....	60
1.2.4. Les changements impliqués par l'utilisation du PL : compétences nouvelles requises ?	61
1.2.5. La problématique de la responsabilité	63
1.3. Analyse qualitative et recouplement des données	64
1.3.1. La problématique de la pré-sélection des patients.....	64
1.3.2. La relation établie avec le(s) parent(s)	66
1.3.3. Vers un transfert de nouvelles compétences ?.....	67
1.3.4. Les thèmes récurrents.....	69
1.3.5. Les thèmes marginaux	71
2. SYNTHESE ET DISCUSSION	72
2.1. Synthèse.....	72
2.2. Discussion.....	73

CONCLUSIONS

1. SYNTHÈSE GLOBALE ET TRAITEMENT DES HYPOTHÈSES THÉORIQUES75

2. CRITIQUES.....77

 2.1. Limites théoriques 77

 2.2. Limites méthodologiques..... 77

3. PERSPECTIVES ET PROLONGEMENTS DE L'ÉTUDE79

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE81

ANNEXES

ANNEXES.....86

INTRODUCTION

Le bégaiement est un trouble de la fluence et de la communication relativement fréquent puisqu'il touche 1% de la population mondiale, sans distinction ethnique ni socio-économique. Ainsi, toute personne peut être touchée par ce trouble et/ ou faire aisément l'expérience d'être face à celui qui bégaié.

Depuis longtemps, la science s'est intéressée à cette affection. Elle a cherché à découvrir ses facteurs causaux mais il apparaîtrait qu'il n'existe pas d'étiologie unique ni directe et que son origine serait polyfactorielle.

En ce qui concerne la prise en charge du bégaiement, rappelons que cette pathologie est inscrite à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ce qui signifie que l'orthophoniste est le seul professionnel garant de ce soin.

Aussi, la formation théorique des orthophonistes insiste sur la notion d'urgence avec laquelle il faut agir face au bégaiement débutant de l'enfant, avant qu'il ne devienne chronique. L'action des orthophonistes doit donc précéder l'apparition de comportements spécifiques induits par le bégaiement (lutte pour parler, évitement de mots, d'interlocuteurs ou encore de situation de communication, etc...) et empêcher que sa persistance ne restreigne la personne dans ses capacités communicationnelles et relationnelles, pouvant entraîner une souffrance psychologique et avoir des conséquences socio-affectives négatives. En d'autres termes, la prise en charge orthophonique précoce du bégaiement devrait éviter l'installation de troubles secondaires, handicapants à long terme.

C'est pourquoi, en France, depuis 1992, il est préconisé d'agir rapidement auprès de l'enfant qui commence à bégayer en mettant en place, dans un premier temps, un dispositif de prévention. Il s'agit d'un accompagnement parental qui vise à modifier l'environnement et la dynamique communicationnelle qui peuvent favoriser voire fixer ce trouble.

Pourtant, en pratique, tous les orthophonistes ne prennent pas en charge le bégaiement débutant de l'enfant. Par ailleurs, lorsque cet accompagnement parental est effectivement mis en place, il n'apporte pas toujours les résultats escomptés. De ce fait, il est possible de s'interroger sur les outils thérapeutiques mis à la disposition des praticiens.

Partant de ces constats, et après avoir eu l'opportunité de découvrir une thérapie comportementale destinée à prendre en charge le bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire : le Programme Lidcombe, il m'est apparu que ce mémoire de recherche en orthophonie pourrait être l'occasion de mettre en lumière et d'analyser cette pratique orthophonique spécifique.

En effet, bien que le programme Lidcombe ait été développé dans les années 1990, en Australie, il est encore peu ou mal connu en France et de ce fait, peu pratiqué. Peut-être souffre-t-il du fait que les orthophonistes français sont peu enclins à pratiquer les thérapies comportementales. Toutefois, ce programme bénéficie de validations scientifiques qui ont prouvé sa validité et son efficacité pour la prise en charge du bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire, en Australie et dans d'autres pays anglo-saxons. De plus, deux sessions de formation ont eu lieu récemment en France, en 2011 et 2012 (une formation est aussi prévue en mai 2013).

Après avoir relevé ces paradoxes, plusieurs questions se sont alors posées : comment ce programme est-il arrivé en France ? Est-il un outil adapté à la prise en charge du bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire ? Peut-il représenter un nouvel outil fiable et efficace pour les professionnels français ? Est-il éloigné de la pratique « classique » de l'orthophoniste français ? Impose-t-il des changements dans la pratique de l'orthophoniste ? Et si oui, comment ces changements sont-ils vécus par les professionnels ?

Si le recul nécessaire pour objectiver de quelconques résultats cliniques, en France, est sans doute insuffisant il est, en revanche, possible d'interroger les orthophonistes sur leurs premières expériences et l'analyse qu'ils peuvent en faire. C'est pourquoi ce mémoire a pour objectif d'étudier **en quoi l'utilisation du programme Lidcombe pour la prise en charge orthophonique du bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire modifie la pratique professionnelle de l'orthophoniste.**

CHAPITRE 1. LE BEGAIEMENT DU JEUNE ENFANT ET SA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE

1.1.Définitions

Certaines instances médicales et auteures ont tenté de proposer une définition du bégaiement. Parmi celles que nous pouvons citer, nous retrouverons trois notions principales.

1.1.1. Le bégaiement est un trouble de la fluence verbale et de la communication

Le bégaiement est initialement un trouble de la fluence verbale s'aggravant au fil du temps en trouble de la communication. Ainsi, pour M.-C. MONFRAIS-PFAUWADEL (1994), le bégaiement est « au départ un trouble de l'écoulement de la parole et du discours, un trouble moteur de la fluidité verbale. [...] Le bégaiement c'est avant tout une parole produite et entretenue avec des efforts physiques -voire mentaux s'il s'y ajoute une composante de troubles de l'évocation (une fois sur deux). » En 2000, l'auteure ajoute : « ce trouble s'aggrave secondairement sur les comportements de communication du sujet qui en est atteint et, partant, provoque chez lui une souffrance psychologique ; il s'en suit pour l'interlocuteur une désorganisation gênante de l'intelligibilité du discours. C'est un trouble de la globalité de la communication qui ne se limite pas à son aspect le plus apparent de désordre de l'élocution ». En effet, « celui-ci comporte néanmoins des symptômes moins apparents, d'ordre linguistique, comportemental et émotionnel. » (B. PIERART, 2011)

Le DSM-IV (révisé en 2000) propose une définition qui prend en compte l'aspect relationnel en classant le bégaiement parmi les « troubles de la communication » et en envisageant ses conséquences professionnelles et sociales. Il définit le bégaiement ainsi : « perturbation de la fluence normale et du rythme de la parole (ne correspond pas à l'âge du sujet), caractérisée par la survenue fréquente d'une ou plusieurs des manifestations suivantes :

- Répétitions de sons et syllabes
- Prolongations de sons

- Interjections
- Interruptions de mots
- Blocages audibles ou silencieux
- Circonlocutions
- Tensions physiques excessives accompagnant la production de certains mots
- Répétitions de mots monosyllabiques entiers

La perturbation de la fluence de la parole interfère avec la réussite scolaire, professionnelle ou avec la communication sociale. »

1.1.2. Le bégaiement est un trouble cyclique et variable d'une personne à l'autre

Le bégaiement du jeune enfant a la caractéristique d'être cyclique, en ce sens que des périodes de bégayages vont succéder à des périodes de parole fluente et inversement ce qui peut déstabiliser l'entourage de l'enfant. Bien souvent, les périodes d'excitation (positive ou négative) et/ ou de fatigue sont plutôt propices au bégaiement. Il n'est pas facile pour les parents d'identifier cela comme un vrai trouble et la tendance est de penser que cela ne reviendra pas.

Par ailleurs, A.DUMONT (2004) met en lumière la grande variabilité de cette pathologie. Ces variations sont aussi bien intra-individuelles (périodes de bégayages fluctuantes en fonction de divers paramètres : stress, fatigue, émotions, situations, interlocuteurs...) qu'inter- individuelles : « il existe autant de cas différents que de bègues ». Ainsi, malgré les tentatives de définition du bégaiement, on constate que cette pathologie du langage reste un « casse-tête nosologique » (M.-C. MONFRAIS- PFAUWADEL, 1994) tant sa nature est complexe, multidimensionnelle et variable. C'est pourquoi on préférera, en général, parler de « bégaiements » au pluriel.

Sur ce point, M.-C. MONFRAIS PFAUWADEL fait remarquer qu' : « il faut se garder d'avoir une vision monolithique : si on ne tient compte que d'un seul point de vue pour un problème aussi complexe que le bégaiement, on est forcément réducteur. »

1.1.3. Le bégaiement est un trouble développemental

Les bégaiements improprement appelés « psychogènes » ou « physiologiques » sont à différencier des bégaiements « neurogènes » ou « acquis ». B. PIERART (2011) écrit : « le

bégalement neurogène résulte d'une blessure de l'écorce cérébrale » liée à une cause traumatique, vasculaire ou neuro- dégénérative à la suite de laquelle le patient va présenter « une désorganisation de la parole et des troubles de la fluence. » Contrairement au bégalement classique, les troubles y seront « réguliers, constants quels que soient l'interlocuteur et le contexte de communication ». Le terme « palilalie » renvoie aussi à ce type de bégalement. Le bégalement classique, quant à lui, correspond « au bégalement que chacun a pu observer. [...] [II] a souvent commencé dès la petite enfance, dès que l'enfant a appris à parler. Classiquement, il s'est accentué vers quatre ans ou plus précisément quand l'enfant a commencé à faire des phrases et s'est compliqué tout au long de l'enfance par des réactions émotionnelles plus ou moins importantes. » Elle suggère également qu' « il serait certes plus exact de parler de bégalement chronique. » Dans ce mémoire, nous faisons référence à ce type de bégalement.

En résumé, le bégalement est un trouble de l'écoulement de la parole survenant le plus généralement dans la petite enfance. Il se caractérise par une perturbation de la fluence verbale, accompagnée de tensions excessives et de lutte qui affectent l'intelligibilité du discours. Par voie de conséquence, la personne souffrant de bégalement se trouve troublée dans sa communication et entravée dans ses relations avec autrui ce qui est, la plupart du temps, à l'origine de souffrance psychique.

Retenons cette citation : « Le bégalement est avant tout un trouble profond de la communication humaine affectant l'individu bègue dans sa possibilité de créer une relation entre lui et les autres lorsqu'il utilise les formes sonores du langage pour communiquer. » (M.-C. MONFRAIS- PFAUWADEL, 2000)

1.2.Symptomatologie

Dans la parole dite « normale », il est possible d'identifier des accidents de parole qui sont qualifiés de « typiques » par les anglo-saxons ou « dysfluences non-bègues/ usuelles » par les européens. *A contrario*, dans la parole « bègue », les dysfluences sont dites « atypiques » ou « dysfluences bègues » ou, plus spécifiquement, « bégayages ». La différence majeure entre ces deux types de dysfluences réside dans l'effort physique excessif et/ ou la perte de rythme lors des bégayages.

Ces bégayages sont directement observables, c'est pourquoi l'on dit souvent que le bégaiement s'entend mais aussi qu'il se voit.

1.2.1. Symptômes « primaires »

1.2.1.1. Les bégayages : aspects auditifs

Globalement, on peut repérer trois principaux types de bégayages : les répétitions (de sons, syllabes, mots et phrases), les blocages et les prolongations de sons. Pour une revue plus exhaustive, nous les détaillons en annexe 1.

1.2.1.2. Les comportements non-verbaux : aspects visuels

Ces signes intéressent le corps tout entier, mais surtout le visage. La perte du contact oculaire représente un symptôme très évocateur. Des signes vaso-moteurs sont aussi relevés. Tous ces symptômes ont des conséquences très négatives dans l'aspect social de la communication. Pour une revue plus complète, nous les présentons en détail en annexe 2.

En parallèle, d'autres symptômes typiquement « bègues » ne peuvent être observés directement. La terminologie anglo-saxonne scinde ainsi l'ensemble des symptômes du bégaiement en « caractéristiques apparentes », pour les aspects auditifs et visuels, et « caractéristiques cachées ». De plus, si une personne bègue ne montre à son interlocuteur aucun signe de bégaiement apparent parce qu'il parvient à anticiper ses bégayages et à les contourner, on peut parler de « bégaiement intériorisé » comme l'a proposé FREUND en 1934. A ce sujet, DALY (1988, in VAN BORSEL, 2000) qualifiait ces personnes bègues de « fluentes dans la bouche mais pas dans la tête »

1.2.2. Symptômes « secondaires »

1.2.2.1. Les comportements spécifiques

Ces comportements sont le signe que le bégaiement est installé et que la personne tente de masquer son bégaiement. Ils sont très importants à observer chez le patient, d'autant

plus s'il s'agit d'un jeune enfant car ils révèlent la chronicité du bégaiement. Ils sont détaillés en annexe 3.

1.2.2.2. Les habiletés pragmatiques et sociales

A. DUMONT (2004) fait remarquer que « l'un des éléments fondamentaux est le contexte d'apparition du bégaiement, toujours en relation avec autrui : pour bégayer il faut être deux. » Cela signifie que le bégaiement n'apparaît qu'en situation de communication. Cette situation se définit par l'intention, pour un locuteur, de transmettre sa pensée à un interlocuteur par le biais d'un code partagé, en l'occurrence le langage. Or, la communication est multi-canal. Ainsi, si les mots matérialisent le message, ils ne représentent que 7% du contenu échangé (A. MERHABIAN, in GAYRAUD-ANDEL et POULAT, 2012), le reste étant transmis par le paraverbal à 38% (éléments suprasegmentaux) et le non-verbal à 55% (contact visuel, mimiques, gestuelle, posture et proxémique).

Par ailleurs, la communication est un système dynamique et non statique. Cela signifie que les deux participants sont actifs. Ainsi, le locuteur doit s'ajuster en permanence à son interlocuteur en prenant appui sur les réactions verbales ou non-verbales de ce dernier. Sans ce réajustement, la communication, c'est-à-dire la transmission du message, est rapidement mise en échec : l'idée de départ ne correspond plus à l'idée finalement transmise.

Pour la personne qui bégaye, on constate qu'en situation de communication, son attention est focalisée sur la forme du message et non plus sur le fond (l'idée). Toutes ses ressources cognitives sont dirigées et allouées à l'aspect formel de la parole. Ainsi, elle perd de vue son interlocuteur et l'objet de l'échange. Ce phénomène de perte du caractère spontanée de la parole a été décrit par LE HUCHE (1998) à travers les « six malfaçons » de la parole bègue. A partir de la 1^{ère} malfaçon, toutes les autres vont se déclencher en cascade. Nous décidons de les présenter en annexe 4.

Enfin, les diverses situations de communication (situation formelle/ informelle, conversation téléphonique, etc ...) ainsi que les différents types d'interlocuteurs influencent la sévérité du bégaiement ce qui caractérise son extrême variabilité. De plus, si « communiquer » résulte d'un savoir-faire appris dès le plus jeune âge qu'on peut qualifier d'« habiletés sociales », celles-ci peuvent être perturbées par des pensées et des émotions négatives.

Selon A-M SIMON et H.GREGORY (1991, in DE CHASSEY et BRIGNONE, 2003), différents types d'habiletés sociales co- existent :

- **Les habiletés de base** (savoir garder le contact oculaire par exemple)
- **Les habiletés interactives** (savoir exprimer une demande par exemple)
- **Les habiletés affectives** (savoir exprimer et/ ou reconnaître des sentiments par exemple)
- **Les habiletés cognitives** (savoir s'affirmer par exemple)

« Toutes ces pertes d'habiletés, ces cognitions protectrices, tous ces comportements gauchis font donc perdre sa valeur de communication à la parole de la personne bègue » (SIMON, 2005).

1.2.2.3. Les aspects psychologiques : la métaphore de l'Iceberg

Selon F. ESTIENNE (in PIERART, 2011), « bégayer c'est achopper sur les mots mais c'est aussi et surtout vivre douloureusement cette dysfluece qui entrave un des outils principaux de tout être humain qu'est la communication par le langage oral [...] c'est s'enliser dans cette crainte de communiquer qui peu à peu empoisonne la vie personnelle, sociale et professionnelle de la personne bègue. »

Pour rendre compte de ces aspects psychologiques invisibles et inhérents au bégaiement, J.SHEEHAN (1970) a proposé la « métaphore de l'iceberg ». Ainsi, si les aspects physiques visibles, occupant la face émergée de l'iceberg sont les plus manifestes, la partie immergée et occultée représente tous les sentiments, ressentis, fausses croyances, et attitudes réactionnelles qui ont entretenu le bégaiement au fil des années et constitué le sujet bègue.

1.2.3. Troubles fréquemment associés (comorbidité)

Selon YAIRI (2007) et SEERY et al. (2007), la prise en compte des troubles concomitants au bégaiement permettrait une nouvelle classification selon sept sous-types de bégaiement. Cette classification aurait pour objectif un meilleur diagnostic et une prise en charge optimale. Il existerait un bégaiement associé à :

- un trouble de la coordination motrice et/ ou de la latéralité,
- un trouble phonologique,
- un trouble attentionnel,

- des dystonies oro-faciales,
- un retard global et/ou une maladie génétique (ex : Syndrome de Down, Syndrome de l’X fragile, Syndrome de Gilles de la Tourette),
- un trouble neurologique (lié à un traumatisme crânien, un AVC ou une tumeur). Ce sous-type se réfère au bégaiement acquis.

Pour une revue plus détaillée de chaque trouble concomitant, nous les énonçons en annexe 5.

La symptomatologie bègue n’est pas unique, ainsi chaque personne bègue ne présente pas l’ensemble des symptômes décrits ci-avant, mais elle a « sa propre constellation de symptômes » (VAN BORSEL, 2000), pouvant aussi évoluer avec le temps et selon différents facteurs : situations de communication, état émotionnel, etc...

1.3. Ages d’apparition

A.-M. SIMON (1999) fait remarquer que « les études sur les débuts du bégaiement reposent essentiellement sur les témoignages des parents ». Or, il est complexe pour eux de pouvoir identifier le bégaiement parmi les dysfluences « normales » du jeune enfant. De plus, l’aspect cyclique que revêt la manifestation du bégaiement durant les premiers temps représente également une difficulté importante pour le repérage du bégaiement de leur enfant.

Néanmoins, statistiquement, selon YAIRI (1997), le bégaiement débute dans l’enfance et dans plus de 75% des cas avant 3 ans et demi. Pour RUSTIN (1991), l’âge moyen d’apparition du bégaiement serait de 3 ans et 6 mois ; selon son étude, 27% des sujets auraient commencé à bégayer avant 3 ans, 68% entre 3 et 7 ans et 5% après 7 ans.

Ainsi, bien qu’un bégaiement puisse apparaître plus tardivement, juste avant la puberté, la période la plus sensible à l’apparition d’un bégaiement se situe entre 2 ans et 5ans. Pour M. GAYRAUD-ANDEL et M.-P. POULAT (2011), il s’agit d’un bégaiement « développemental » qui peut persister ou non.

Selon SIMON (1999), dans plus de 50% des cas, le début est brutal (d’un jour à une semaine).

Aussi, on établit un lien entre la précocité du trouble et sa sévérité. Ainsi, plus le bégaiement est précoce meilleur sera le pronostic. Mais ce constat s'inverse si le début a été brusque.

Par ailleurs, plus la période de bégaiement aura duré longtemps, plus la prise en charge s'étendra dans le temps.

Enfin, il est important de mentionner le phénomène de récupération spontanée. En effet, 75% des enfants ayant bégayé entre 2 ans et 5 ans voient leur bégaiement disparaître sans qu'une prise en charge spécifique ait été entreprise.

1.4.Hypothèses étiologiques sur le bégaiement

Du fait de sa complexité, le bégaiement ne possède pas une étiologie unique et directe. Cependant, certains auteurs d'obédiences différentes, ont souhaité rendre compte d'une explication causale dont nous donnons un bref aperçu en annexe 6.

Aujourd'hui, il existe un consensus quant à la co- présence de différents facteurs pour qu'apparaissent, voire se fixe, un bégaiement. De ce fait, on parle d'une origine polyfactorielle.

SHAPIRO (1999) propose la notion de « **facteurs 3P** » permettant de mieux appréhender l'apparition du bégaiement et ses risques potentiels d'installation. Ainsi, « on naît avec un risque de devenir bègue, mais en raison de différents facteurs on le devient » (SIMON, 2004).

1.4.1. Les facteurs prédisposants

Ils sont scindés en 3 ensembles :

➤ Les facteurs génétiques :

Ils sont soutenus par plusieurs arguments. Tout d'abord, une prépondérance masculine (3 garçons pour 1 fille). Puis, des études menées dans les familles où l'un des membres est bègue ont rapporté que la prévalence du bégaiement était beaucoup plus importante dans ces familles comparativement à la population générale. Par ailleurs, la présence d'un parent au premier degré bègue multiplie par trois les risques de bégaiement et cette tendance serait majorée s'il s'agit du parent féminin. Enfin, les études menées auprès de jumeaux ont montré

une forte prévalence pour les sujets homozygotes (58 à 63% de chance d'être bègue si le jumeau est lui-même bègue) contre 13 à 19% chez les sujets hétérozygotes (ne possédant pas le même patrimoine génétique).

➤ Les facteurs constitutifs à l'enfant :

Ils correspondraient à une particularité dans le fonctionnement neuro-moteur de l'enfant (excitation musculaire anormalement élevée), dans son tempérament (anxiété importante, parfois obsessions et hyperémotivité), dans son fonctionnement psychique (difficulté d'élaboration psychique et de mentalisation). De plus, des difficultés d'ordre linguistique sont relevées (troubles phonologiques, retard de parole, retard de langage, difficulté d'évocation lexicale). Une plus grande prévalence du bégaiement serait relevée dans le cas de bilinguisme et de précocité intellectuelle. En effet, on remarque qu'une maturation rapide peut représenter une certaine vulnérabilité car elle entraînerait souvent une dysharmonie développementale. Ainsi, l'enfant qui a développé rapidement son outil linguistique peut être exposé à des situations de communication et de socialisation face auxquelles il n'est pas prêt d'un point de vue cognitif et/ou psycho-affectif. Ces disparités développementales des divers secteurs de développement entraîneraient un déséquilibre pouvant être à l'origine du bégaiement.

➤ Les facteurs favorisants :

Ils sont liés à l'environnement de l'enfant (milieu et conditions de vie). Il peut s'agir d'une ambiance familiale peu propice à la communication (conflits, problèmes relationnels dans la fratrie, situation économique tendue, degré élevé d'excitation et de niveau sonore, interlocuteurs qui parlent vite...), d'une exigence parentale quant à la qualité de la parole de l'enfant (pas d'ajustement au niveau linguistique de l'enfant : syntaxe et lexique), d'une pression temporelle (emploi du temps surchargé...) d'une pression pédagogique (les apprentissages sont surinvestis par les parents) ou d'une pression éducative (propreté, politesse..).

Tous ces éléments-là représentent une certaine vulnérabilité, c'est-à-dire un terrain favorable au bégaiement mais ils ne préjugent en rien de son apparition.

1.4.2. Les facteurs précipitants

Ils sont liés à des événements habituels de la vie d'un enfant mais qui peuvent être vécus et interprétés comme des situations menaçantes ou contraignantes, et lui faire ressentir une peur ou une anxiété. Les parents peuvent ainsi évoquer un événement vécu comme

« traumatique » qui a « déclenché » le bégaiement : séparation, déménagement, entrée à l'école, naissance d'un puîné, deuil, etc...

1.4.3. Les facteurs pérennisants

Ils correspondent au passage à la chronicité. Il semblerait que la chronicisation du bégaiement soit liée aux réactions inadaptées de l'enfant face à son trouble, elles-mêmes étant sous l'influence de réactions nocives de l'entourage face à ses dysfluences. Ainsi, LE HUCHE (1998) a répertorié 3 types d'attitudes nocives de la part de l'entourage. Précisons que, bien qu'étant défavorables, elles ne sont pas réalisées dans l'intention de nuire et partent souvent de réactions tout à fait « naturelles ». Il s'agit de :

- Reproches, moqueries et appels à la volonté : il faudrait se garder de penser que si l'enfant fait des efforts et se concentre davantage pour parler, il sera plus fluent.
- Conseils : diriger l'attention de l'enfant sur sa façon de parler (respirer, réfléchir avant à sa phrase, etc...) provoque une perte du caractère spontanée de la parole lorsqu'il communique.
- Fausse indifférence : ignorer la dysfluence de l'enfant est une attitude néfaste qui aurait pour effet de créer un « tabou » sur le bégaiement et de faire croire à l'enfant que ce qu'il fait est mal. Il peut également se sentir seul face à son problème.

A ces réactions s'ajoutent des « signaux négatifs » de l'ordre du comportement non-verbal (froncer les sourcils, etc...) et des règles conversationnelles (parler à sa place, etc...). Toutes ces attitudes entraînent des comportements inadaptés chez l'enfant qui est face à ses dysfluences et souhaite les cacher parce qu'il pense que ce qu'il fait est « mal » ou pas « normal » : effort et lutte pour parler, conduite d'évitement, inhibition...

1.5. Critères de risque de chronicisation et indications de prise en charge

Plusieurs auteurs ont proposé des critères de risque de chronicisation : STARKWEATHER, CONTURE et PAXTON (*cf annexe 7*).

En France, selon SIMON (1994), nous ne disposons pas d'échelle de chronicité suffisamment solide pour prédire de manière certaine quel enfant va voir son bégaiement se fixer avec toutes ses conséquences péjoratives sur la vie. De manière générale, nous pouvons dire qu'une prise en charge s'impose chez le jeune enfant dès lors que nous relevons :

- Une inquiétude parentale
- Des critères de sévérité (cités en annexe 7) et la fréquence élevée des dysfluences
- Des comportements d'efforts, de lutte et de tension lorsque l'enfant parle
- La présence de facteurs de risque ou d'éléments anamnésiques particuliers

MONFRAIS- PFAUWADEL (2000) ajoute à ces critères :

- L'histoire clinique : le bégaiement est croissant depuis son apparition, les premières dysfluences étaient plutôt des blocages, l'enfant a bégayé de façon constante et sans rémission
- Les attitudes réactionnelles : peur de prendre la parole, troubles de l'humeur
- Le comportement langagier: évitement et circonlocutions, changements de message, retard de parole ou de langage associé

1.6.La prise en charge orthophonique du bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire (avant 6 ans)

1.6.1. L'objectif de la prise en charge orthophonique du bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire

Rappelons que, comme le mentionne ROUSSEAU (2002), « la logique d'une intervention précoce n'est donc pas tant de protéger l'enfant contre les effets d'une apparition récente du bégaiement, mais bien de prévenir ceux que peut avoir un bégaiement chronique à plus long terme, voire toute atteinte psychologique ou sociale (détresse, anxiété, inadaptation sociale et frustrations liées au travail). »

1.6.2. L'importance de la prévention et d'une intervention précoce

Deux raisons principales sont exposées pour souligner l'intérêt d'une intervention précoce (étude de STARKWEATHER, 1992):

- Plus la période de bégaiement est importante, plus le traitement est long (corrélation de .61 entre l'âge du début de la thérapie et la durée de celle-ci).
- Plus on attend pour prendre en charge le bégaiement, plus l'enfant est exposé aux facteurs de pérennisation et donc plus le bégaiement a de chances de se fixer (corrélation de .71 entre le début du bégaiement et celui du début du traitement)

De plus, L.RUSTIN (1991) a mené une étude rapportant que le pourcentage d'enfants dont le bégaiement s'arrête s'amenuise au cours du temps, ainsi il est de 80% à l'âge de 4 ans, 50% à l'âge de 6 ans et seulement 20% à 10 ans.

En France, le discours et la position « attentistes » ont longtemps dominé en ce qui concerne la prise en charge du bégaiement du jeune enfant. Ainsi, la sécurité sociale ne permettait une prise en charge orthophonique du bégaiement qu'à partir de l'âge de 4 ans.

C'est seulement dans les années 90 que la notion d'« intervention précoce » s'est répandue. SIMON (1999) nous rappelle que le décret du 30 mars 1992 précise « la compétence des orthophonistes en matière de bégaiement, en particulier le rôle du thérapeute auprès des familles pour éviter la fixation du trouble. » Deux facteurs ont sûrement contribué à cela. D'une part, l'apport de thérapeutes étrangers (STARKWEATHER et RUSTIN) qui ont développé et mis en place des techniques d'intervention indirecte intégrant les parents. D'autre part, la création, en 1992, de l'Association Parole Bégaiement rassemblant tous les acteurs concernés par le bégaiement (personnes bègues, familles et thérapeutes). En effet, celle-ci a joué un rôle majeur dans la prévention du bégaiement en menant des campagnes de sensibilisation et de prévention auprès des différents professionnels de la petite enfance (soignants et enseignants) et auprès des parents, dans le but de faire mieux connaître ce trouble (repérage, attitudes à adopter...).

1.6.3. La demande

La demande émane, en général, des parents qui expriment une inquiétude concernant la parole de leur enfant. Il est possible que leur demande ait été différée compte tenu du caractère cyclique du trouble. Lors du premier contact téléphonique, il peut être intéressant de relever quels termes sont utilisés pour décrire les troubles et si le mot « bégaiement » est employé. Le degré de sévérité est également évalué selon les dires du parent ainsi que le

niveau d'anxiété (facteur de tension pour l'enfant). En fonction de cela, des premiers conseils peuvent déjà être apportés. Un rendez-vous est fixé pour une première rencontre.

1.6.4. L'anamnèse

Elle est essentielle car elle permet de fournir les éléments sur lesquels la guidance parentale va porter. Sans que ce recueil ne soit figé dans son déroulement, nous retenons différents grands domaines qui doivent être investigués :

- Eléments relatifs à la grossesse et à la naissance (grossesse compliquée, prématurité, problème particulier à la naissance : hypoxie, etc...)
- Antécédants médicaux (interventions chirurgicales, infections ORL et contrôle de l'audition, allergies, chute ou traumatisme, etc...)
- Aspect développemental dans les domaines moteur, psycho-affectif et langagier (âge des premières acquisitions, retard, stagnation ou régression, autonomie)
- Eléments relatifs aux grandes fonctions : sommeil (difficultés d'endormissement, terreurs nocturnes ou cauchemars fréquents, énurésie nocturne...) et alimentation (diversification alimentaire compliquée, forçage alimentaire, déroulement des repas, lubies alimentaires, etc...)
- Renseignements sur le trouble (date et mode d'apparition, évolution, périodes de dysfluences et leurs variations, réactions de l'entourage et de l'enfant face à ses bégayages, antécédants familiaux, etc...)
- Eléments portant sur les conditions de vie, l'éducation, les habitudes familiales, etc... (fratrie, rythme à la maison, exigences parentales, etc...)

1.6.5. Le bilan orthophonique

Ce bilan permet d'établir le profil langagier et se base sur des bilans standardisés correspondant à l'âge de l'enfant mais aussi sur une observation clinique. Il doit évaluer : la voix, l'articulation, la parole et le langage (en réception et en production). L'évaluation porte également sur : les capacités rythmiques, l'évocation lexicale, la mémoire de travail et l'attention. Enfin, la communication non verbale est également un point fondamental à apprécier et les dysfluences sont analysées précisément à partir d'un corpus : types, fréquences, position dans les mots.

1.6.6. Le diagnostic orthophonique

Après avoir analysé les facteurs de risque mais aussi la sévérité, la fréquence et les types de dysfluences, l'orthophoniste évalue si l'enfant est « à risque de devenir bègue » et indique une prise en charge. Comme nous l'avons déjà précisé, nous ne disposons pas de grille de chronicisation suffisamment solide pour le moment c'est pourquoi nous prenons en charge l'enfant dans tous les cas, même si son suivi sera moins long ou plus espacé.

1.6.7. La guidance parentale (ou accompagnement parental) : dispositif de prévention

1.6.7.1. Principes et objectifs

La guidance parentale est une intervention indirecte dans le sens où nous n'agissons pas directement sur le bégaiement. Elle s'adresse à l'enfant dysfluant de 2 ans à 4 ans et demi et consiste en un accompagnement parental selon deux modalités :

- Une première rencontre suivie de contacts téléphoniques réguliers si l'évolution du trouble est favorable.
- Une prise en charge orthophonique de l'enfant si un retard de parole ou un retard de langage est associé aux dysfluences ou bien, si les parents ont besoin d'être accompagnés par le thérapeute pour « apprendre » à mettre en place avec leur enfant des modalités relationnelles propices à la disparition du trouble. (SIMON, 2004).

Cette prise en charge repose et porte sur les parents (non pas sur l'enfant) et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'enfant jeune n'a pas les capacités attentionnelles suffisantes pour rester concentré durant toute une séance de rééducation. Par ailleurs, comme l'écrit BIJEVELD (1992) : « pour un enfant de 4 ou 5 ans, la famille constitue le cadre dans lequel il grandit et par rapport auquel il se définit. Ce cadre lui sert de référence pour comprendre le Monde et l'influence donc sérieusement. » La famille est un système dynamique modulable par des interactions que nous choisissons de réajuster.

Les objectifs de cette guidance parentale se situent à 3 niveaux :

- Informer les parents sur le bégaiement (facteurs prédisposants, précipitants et pérennisants ou passage à la chronicité).

- Comprendre et analyser ensemble les facteurs influençant le bégaiement de leur enfant.
- Dépasser le sentiment de culpabilité (ou autres sentiments négatifs) en vue de devenir des acteurs du changement.

1.6.7.2. Les axes de changement

Les axes de changement sont variables d'une famille à l'autre puisque les facteurs favorisants (facteurs environnementaux) ne sont pas nécessairement les mêmes. En général, ils portent sur la communication et les diverses pressions exercées sur l'enfant. SIMON (1999) cite les points suivants concernant la communication:

- Veiller à ses propres réactions lorsque l'enfant bégaie (*cf attitudes nocives et signaux négatifs*).
- Être un interlocuteur actif (il s'agit avant tout s'intéresser au contenu et non à la forme de ce qui est dit. Par exemple, la proposition d'un mot lorsque la parole accroche permet de relancer la communication).
- Adopter un langage adapté.
- Désinvestir le langage et augmenter la communication non verbale.

Concernant les pressions exercées sur l'enfant, elles se situent à deux niveaux : les exigences parentales (éducatives et pédagogiques) et la pression temporelle.

1.6.8. Modalités de prise en charge et critères d'arrêt

Pour SIMON (2004), passé l'âge de 4 ans et demi, l'enfant quitte « la période extraordinaire de développement qu'il vient de traverser et son trouble a pris un autre sens [...] en particulier en raison de la conscience accrue qu'il a de son trouble et des réactions le plus souvent inadaptées de l'entourage » et de ce fait le « simple conseil parental » n'est plus suffisant.

Par ailleurs, OKSENBERG (2012) constate que « lorsque le bégaiement est en place depuis plus de 6 mois, il ne s'agit plus de prévention mais c'est une thérapie qui est proposée aux parents et à l'enfant. »

Enfin, concernant l'arrêt de la prise en charge, SIMON (1992) suggère qu' « il faut un suivi de 18 mois, le plus souvent au téléphone, pour penser que le problème est résolu, au moins pour leur enfance.

1.6.9. Limites de la guidance parentale

BESSIS (1992) évoque deux raisons pouvant expliquer l'échec d'une telle prise en charge.

Tout d'abord cela peut être lié au contexte clinique : soit l'enfant souffre d'une « instabilité » majeure ne lui permettant pas de s'approprier ce qui lui est proposé, soit il souffre d'un trouble de la communication plus largement. Dans ce cas précis, il est accessible à la prise en charge mais celle-ci peut avoir pour effet de majorer les troubles de la communication caractérisés par « une phase dite de 'décompensation' au cours de laquelle il ne pourra pas utiliser le troubles du langage [bégaiement] comme 'garde-fou'. »

Par ailleurs, l'échec peut être en lien avec les réponses de l'environnement. Cela peut être dû à un manque d'investissement, ou bien au fait que le bégaiement du jeune enfant sert d'expression à une pathologie concernant l'ensemble du « groupe famille ». Dans ce cas-là, deux situations peuvent exister : soit la famille est « résistante », c'est-à-dire elle ne reconnaît pas les progrès de l'enfant, soit elle coopère mais cherche autre chose que le traitement de l'enfant (lieu pour verbaliser divers problèmes ou conflits par exemple).

Ces observations montrent que la guidance parentale peut parfois être insuffisante pour traiter le bégaiement de l'enfant. Nous remarquons aussi qu'elle est avant tout dépendante de l'implication des parents, de leur capacité à appréhender les choses et de leur volonté de changement ce qui est un processus pas toujours facile à adopter. Aussi, il n'est pas certain que chacun soit suffisamment armé pour « remettre en question » les repères et les habitudes familiales.

Par ailleurs, OKSENBERG (2012) observe que le contexte sociétal et social, dans lequel nous évoluons, peut rendre parfois certains conseils de relâchement des pressions « incongrus et heurter les parents. » Ainsi, la situation socio-économique plutôt défavorable fait naître chez certains parents la nécessité de transmettre à leur enfant des « repères solides » ce qui peut entrer en contradiction avec la baisse des pressions éducatives et pédagogiques que l'on conseille. De plus, dans certaines cultures, la baisse des pressions éducatives concernant la politesse, par exemple, est difficilement concevable.

1.6.10. Deux options thérapeutiques : méthodes directes VS indirectes.

Dans le cas de non réponse à la guidance parentale ou de difficultés particulières, un traitement est envisagé.

➤ Les méthodes directes :

Certains thérapeutes choisissent de proposer des méthodes dites « directes » c'est-à-dire agissant directement sur la fluence de l'enfant, tel que nous le ferions pour des enfants plus âgés ou des adultes. Elles visent la modification de la parole et portent sur les déclencheurs « linguistiques » du bégaiement (débit de parole, attaques dures, absence de pauses entre les unités de sens). Aussi, elles concernent l'auto-écoute qui est une donnée toujours perturbée chez le sujet bègue. En effet, « l'imagerie du cerveau stimulée pour l'auto-écoute est grosse comme un pamplemousse lorsque le sujet non- bègue parle, alors qu'elle est de la taille d'une cerise chez le sujet qui bégaié. » (OKSENBERG, 2012).

La thérapie directe revêt différentes formes de techniques motrices ou « de fluence » : *les marionnettes* de SHAPIRO (1999), technique basée sur la modélisation de la parole douce utilisant le média « marionnette »; le parler doux ou *Easy Relax Approach Smooth Movement* visant à alléger la co-articulation en faisant diminuer la tension sur le premier phonème; la parole prolongée où l'on ralentit le débit comme dans le *Camperdown program*, etc...

Nous pouvons aussi agir sur l'auto-écoute en travaillant sur les tours de parole, les réponses différées où il s'agit d'attendre quelques secondes avant de prendre la parole, par exemple.

Les jeux de devinettes et de définitions permettent de travailler l'aspect informatif de la communication pour une meilleure prise en compte et adaptation à l'interlocuteur.

Cependant, notons la remarque suivante : « les thérapies désignées aux adultes où l'on vise à modifier certains aspects de la parole ne sont pas considérées [comme] appropriées aux jeunes enfants, étant donné leur nature laborieuse et leur appui sur des objectifs précis requérant une maturité cognitive minimale. » (ROUSSEAU, 2000). C'est pourquoi, les thérapeutes préfèrent, en général, la thérapie indirecte pour traiter le bégaiement du jeune enfant.

➤ Les méthodes indirectes :

Dans cette approche, aucune technique de fluence n'est envisagée mais on vise un changement dans la communication et dans la dynamique familiale. Pour cela, on peut passer par différents moyens (VAN BORESEL, 2000) : des conseils parentaux (*cf guidance parentale*), une manipulation de l'environnement, une thérapie par le jeu (WINNICOTT), une modification des interactions parents- enfants comme dans :

- Le programme des « demandes et capacités » de STARKWEATHER et GOTTWALD (1990) où l'on explique aux parents comment adapter leur

demande en fonctions des habiletés de leur enfant : « si les demandes en langage et en rapidité d'échanges sont synchronisées aux habiletés de l'enfant, la parole sera fluide. » (FORTIER-BLANC, 2000).

- Le programme du centre M. PALIN où l'on examine les interactions linguistiques entre parents et enfant à partir de séquences filmées.

Les paramètres de la communication travaillés sont : le contact oculaire et l'échange de regard, le débit de parole et les pauses, mais également le « motherese » (parler maternel).

Néanmoins, « même si l'accompagnement parental est une partie intégrante de l'approche thérapeutique auprès des enfants bègues, l'effet réel sur la parole des enfants et celles de leurs parents est relativement peu connue. » (FORTIER-BLANC, 2000)

Pour conclure, FORTIER-BLANC (2000) suggère que « le traitement de ces enfants devrait inclure, dès le départ, un volet direct visant à modifier leur parole en plus du volet indirect ». Sur ce point, OKSENBURG (2012) la rejoint, en soulignant que la plupart du temps, les deux approches sont combinées.

Le traitement proposé à l'enfant d'âge préscolaire qui bégaie et à sa famille ne coule pas de source et n'est pas figé. Souvent, les praticiens font œuvre de leur savoir-faire pour proposer une « formule » personnalisée qui répond au mieux aux besoins de leur jeune patient et de sa famille après avoir analysé leur demande et leur mode de fonctionnement. Cette prise en charge inclut, la plupart du temps, une action directe et indirecte.

Si l'intervention auprès d'enfants d'âge préscolaire n'est donc pas évidente en soi, il semble important, voire capital, d'appréhender le « terrain » sur lequel on dirige l'action thérapeutique. En effet, ce qui caractérise le jeune enfant c'est l'aspect plastique de son cerveau et ses capacités d'apprentissage. Ainsi, l'intervention envisagée doit tenir compte de ces aspects-là comme l'évoque OKSENBURG (2012) : les thérapies proposées à l'enfant d'âge préscolaire qui bégaie seraient « des thérapies comportementales, elles sollicitent le cerveau droit pendant l'apprentissage. »

CHAPITRE 2. METHODE DE PRISE EN CHARGE COMPORTEMENTALE POUR L'ENFANT D'AGE PRESCOLAIRE QUI BEGAIE : LE PROGRAMME LIDCOMBE

2.1. Ancrages théoriques

2.1.1. La plasticité cérébrale

Par « neuroplasticité » ou « plasticité cérébrale » (ou encore « plasticité neuronale »), on entend l'ensemble des mécanismes cérébraux permettant la modification cérébrale en fonction de l'expérience vécue et permettant ainsi les apprentissages. On dit du cerveau qu'il est « plastique » ou « malléable » car il peut réorganiser à souhait les connexions synaptiques entre neurones en créant de nouveaux réseaux et en supprimant d'autres «non pertinents » ou « redondants » mais aussi en formant de nouveaux neurones (neurogenèse) ou en détruisant d'autres. C'est ce qu'EDELMAN (in LAMBERT, 2006) appelle le « darwinisme neuronal : parmi tous les chemins neuronaux possibles entre deux aires cérébrales, le plus efficace sera sélectionné et consolidé en vue d'une réalisation ultérieure.» Par ailleurs, « les progrès en imagerie cérébrale ont démontré que tous les apprentissages s'expliquent par de telles réorganisations. »

Ces processus sont présents dès la dix-huitième semaine *in utero* et jusqu'à la vie adulte mais c'est pendant la petite enfance qu'ils vont connaître leur apogée. Ainsi, « le cerveau d'un enfant est très malléable et de nouvelles expériences viennent constamment imprimer leurs marques. [...] A l'âge de 6 ans, le cerveau fait déjà 90% de sa taille finale. » La petite enfance est donc une période sensible où chaque zone du cerveau connaît « une période de grande plasticité où elle est particulièrement réceptive aux stimulations extérieures. »

Par ailleurs, il est important de souligner que même si nous possédons tous les mêmes types de neurones en fonction de leur localisation (architectonie) ainsi que les mêmes trajectoires d'informations (réseaux neuronaux), c'est bien l'environnement et l'expérience qui vont provoquer la modification de notre cerveau en vue de l'individuation et l'adaptation de chacun à son environnement et à ses besoins.

2.1.2. Les théories de l'apprentissage

Voici trois théories de l'apprentissage, énoncées par ordre d'apparition chronologique dans le domaine scientifique :

2.1.2.1. *Le conditionnement classique ou « Pavlovien » ou « par association » ou « répondant » : début du XX^{ème} siècle.*

Le conditionnement classique met en évidence que « certains stimuli peuvent s'associer et acquérir à l'insu du sujet des propriétés de déclenchement de conduites » (VERA, 2009). On parle de « relation répondante » car la relation entre un stimulus et un comportement est univoque, ou encore de « contingence » car il y a une relation de dépendance entre deux événements (*i.e.* stimulus et comportement). Ainsi, « certains stimuli entraînent, de façon fiable et reproductible, chez tous les individus d'une même espèce, des comportements de l'organisme. » (DESCHAMPS, 2009).

Selon l'expérience inaugurale de PAVLOV, un stimulus inconditionnel (SI) [ex : viande] provoque une réaction inconditionnelle (RI) [ex : salivation]. Puis, un stimulus neutre (SN) [ex : son de cloche] est associé au SI sous la forme $SI+SN \rightarrow RI$. Au fur et à mesure des répétitions, le SN est délivré seul et devient un stimulus conditionné (SC) [*cf* son de cloche] provoquant une réponse conditionnée (RC) [*cf* salivation] : $SC \rightarrow RC$. Ici, on conditionne une liaison. Nous pouvons également faire remarquer que la valence du SI importe peu : appétitif ou aversif, le conditionnement répondant s'établit. Par ailleurs, l'organisme est considéré comme « passif » puisque la réponse est provoquée par les stimuli environnants.

Différentes lois régissent le conditionnement classique :

- La généralisation : renvoie au fait que des stimuli ressemblants au SC peuvent entraîner la RC.
- Le gradient de généralisation : correspond au fait que le degré de ressemblance entre le nouveau stimulus et le SC fait varier l'amplitude de la RC.
- La différenciation : a lieu lorsqu'un stimulus proche du SC ne provoque pas la RC mais une réponse différente.
- L'extinction : est la diminution progressive de la RC lorsque le SC est présenté lors de plusieurs essais itératifs et consécutifs. C'est un phénomène d'inhibition où la liaison $SC \rightarrow RC$ subsiste néanmoins.

- La récupération spontanée : est observée lorsque la RC apparaît suite à la présentation du SC sans renforcement, après une période de repos suivant l'extinction.

Le conditionnement classique correspond à un déclenchement d'une réponse par un phénomène d'association. Il intéresse les réponses réflexes et neuro-végétatives (viscères et glandes) qui sont contrôlées par le Système Nerveux Autonome. Ce sont des réponses physiologiques innées.

2.1.2.2. Le conditionnement opérant ou « Skinnerien » ou « instrumental » ou « behavioriste » : 1953.

SKINNER s'est intéressé à l'action qui est soumise aux conséquences de sa réponse. C'est THORNDIKE (in DESCHAMPS 2009) qui, le premier, a formulé, en 1911, la Loi de l'effet, stipulant que « les comportements sont sélectionnés par leurs conséquences. » Ainsi, le comportement du sujet est modifié par ses conséquences et pour J.WATSON (in VERA 2009) : « le conditionnement opérant montre comment les individus acquièrent leur comportement en sélectionnant ceux qui seront positifs pour eux » ce qui renvoie à un « néo-darwinisme » comme le suggère COTTRAUX (2011). De ce fait, une relation fonctionnelle se crée entre le comportement et le stimulus qui le suit et qui est appelé « renforcement ». (cf annexe 8, figure 1 : schéma SORC).

Les comportements adaptés comme inadaptés suivent les mêmes lois d'apprentissage en ce sens que leur fréquence d'apparition peut augmenter ou diminuer en fonction des modifications apportées à l'environnement.

De plus, pour qu'il y ait modification comportementale, il faut établir une contiguïté temporelle entre le stimulus (neutre ou discriminatif) et le comportement. Cependant, cette relation temporelle est nécessaire mais insuffisante puisqu'il faut aussi que « l'agent renforçateur puisse déclencher un comportement différent de ceux déjà présents dans cet environnement » (DESCHAMPS, 2009).

Par ailleurs, cela sous-entend que le comportement ciblé dans la procédure de renforcement fasse partie du répertoire comportemental du sujet et soit produit à une fréquence minimale. Ce qui peut, de prime abord, paraître entrer en contradiction avec la nécessité d'un comportement pré-existant. DESCHAMPS (2009) expose une explication en ces termes : « les comportements ne sont pas parfaitement reproductibles et de subtiles

variations peuvent être sélectionnées, qui, ajoutées à la sélection de variantes ultérieures, aboutissent à un comportement totalement différent. »

Pour finir, DESCHAMPS et DARCHEVILLE (2009) font remarquer le problème que pose la double contingence des comportements punis en « situation naturelle ». En effet, les comportements dont on souhaite faire diminuer l'apparition sont nécessairement fréquents sans quoi il ne s'agirait pas de les faire diminuer. Or, cela sous-entend qu'ils sont déjà renforcés puisque selon la loi de l'effet : « un comportement se reproduit parce que ses conséquences sont bénéfiques pour l'organisme. »

Le conditionnement opérant correspond à la sélection d'une réponse par un phénomène de renforcement. La réponse engagée par le sujet est active, motrice (muscles squelettiques) et volontaire. Elle est contrôlée par le Système Nerveux Central et Périphérique.

2.1.2.3. L'apprentissage social ou cognitif : 1973.

La théorie sociale de BANDURA renvoie exclusivement aux comportements humains et de ce fait à l'apprentissage social. Ce modèle dit « interactionnel » suggère que la personne interprète en permanence les stimuli qui lui parviennent de son environnement en fonction de composantes cognitives (pensées) et émotionnelles afin d'ajuster ses comportements. (*cf annexe 8, figure 2 : Modèle bidirectionnel*).

A l'inverse de la conception issue du conditionnement classique et à l'instar du conditionnement opérant, la personne est envisagée comme un « organisme actif » (COTTRAUX, 2011). De plus, deux éléments clés sous-tendent l'apprentissage social :

- L'activité symbolique et la pensée réflexive (pensées, images mentales, croyances,...) sont des processus cognitifs permettant une analyse expérimentale et une auto-régulation du comportement du sujet par rapport à son environnement.
- Les apprentissages complexes (ou dangereux pour l'individu) ne nécessitent pas l'expérience directe puisqu'ils peuvent se faire par imitation, on parle de « modeling » ou « apprentissage par modelage ». Les informations perçues du modèle vont être transformées en représentations symboliques grâce à quatre processus (attention, rétention, reproduction et motivation) dont le but est leur intégration au mental de la personne.

2.1.3. Le facteur motivationnel et le processus de changement

Il n'y a pas de changement sans motivation. Cette dernière est donc le moteur de tout changement chez l'être humain. Pour BANDURA (1977, in COTTRAUX, 2011), c'est l'attente d'un quelconque résultat qui motive le changement. Cet auteur est à l'origine d'une théorie de l'efficacité personnelle stipulant deux conditions au changement. Le changement est rendu possible, d'une part, par le média des processus cognitifs et d'autre part, par l'attente anticipée de conséquences positives, en termes d'efficacité et de résultats. L'efficacité correspond à l'appréciation par le sujet qu'un comportement lui sera bénéfique. L'attente de résultats renvoie à sa propre conviction qu'il pourra être en mesure de réaliser ce même comportement. Les motivations sont donc élaborées à partir de l'activité cognitive, c'est-à-dire à partir des représentations symboliques établies qui transforment les conséquences futures en motivations actuelles par un phénomène d'anticipation. Pour que l'anticipation soit positive, il faudrait d'une part des motivations externes (renforcements du milieu), et d'autre part, des motivations internes, ou « renforcements vicariants », par lesquels le sujet se convainc que ces nouveaux apprentissages lui sont « vitaux » et nécessaires.

Enfin, notons que la résistance est une étape normale du changement : « il est naturel et sain pour un individu de résister à un changement trop rapide. » (COTTRAUX, 2011) (*cf annexe 8, figure 3 : Cycles du changement*).

Pour qu'un changement s'opère, il faut qu'un nouvel apprentissage ait lieu. Par ailleurs, tout changement est motivé par une anticipation de conséquences positives s'appuyant sur des motivations externes (environnement) et internes (activité symbolique).

2.1.4. Les fondements des thérapies comportementales, cognitives et Cognitivo- Comportementales (TCC)

Les thérapies comportementales sont issues des théories de l'apprentissage (*cf 1.2. Chap2*). Leur objectif est de modifier un comportement observable (moteur ou verbal).

Les thérapies cognitives sont issues de la psychologie cognitive qui a pour objet d'étude le traitement de l'information. Leur but est de modifier les sentiments et les actes en agissant sur les pensées du sujet. Elles visent la connaissance et l'utilisation des processus

cognitifs afin d'« augmenter l'auto- contrôle émotionnel » (MIRABEL-SARRON et RIVIERE, 1993, in BRIGNONE et all. 1996). (*cf annexe 8, figure 4 : Schéma ABCD d'A. ELLIS*)

Les TCC représentent l'ensemble des thérapies qui découlent de la psychologie expérimentale et s'inspirent des courants des théories de l'apprentissage et de la psychologie cognitive. Ces thérapies envisagent leur action dans le champ émotionnel par l'intermédiaire d'une action dirigée sur les pensées ou sur les comportements (MIRABEL-SARRON, 2010). On parle de « trépied » pour faire référence à ses trois composantes : comportementale, cognitive et émotionnelle qui sont en interactions permanentes. Avant de définir chacune de ces notions, ajoutons qu'elles sont elles-mêmes sous l'influence de l'environnement (*cf annexe 8, figure 5 : Modèle interactionnel*).

2.1.4.1. Les émotions

Elles sont les manifestations physiologiques liées à des sensations de plaisir ou de déplaisir en réponse à des stimuli de l'environnement qui sont interprétés différemment selon l'état physique du sujet et ses expériences précédemment vécues. Ainsi, l'émotion (sensation physique) est transformée en « affect » (état mental de type : tristesse, peur, colère, plaisir, anxiété ou dégoût) par un processus cognitif et dépend davantage de l'interprétation faite de la situation vécue que de la situation en elle-même (COTTRAUX, 2011).

2.1.4.2. Les cognitions

Elles renvoient aux « processus de pensée conscients et inconscients qui filtrent et organisent la perception des événements qui se déroulent dans l'environnement du sujet » (COTTRAUX, 2011) selon la séquence : Stimulus → Schéma cognitif → Réponse.

Les schémas cognitifs sont stockés dans la mémoire sémantique (appartenant à la mémoire à long terme). Ils ont été enregistrés lors d'interactions avec l'environnement et peuvent être activés dès lors qu'une émotion similaire à celle éprouvée lors de leur encodage est ressentie. De plus, ils permettent la régulation des comportements selon deux processus cognitifs : l'assimilation (processus inconscient permettant la consolidation) et l'accommodation (processus conscient permettant la modification).

Par ailleurs, il y aurait trois niveaux de pensée interconnectés :

- Les pensées automatiques : sorte de dialogue interne bloquant la communication interpersonnelle et reflet des émotions, au niveau pré conscient.
- Les schémas (ou postulats) inconditionnels : correspondent aux «schémas cognitifs » qui sont faits de croyances et d'interprétations, au niveau inconscient.
- Les schémas (ou postulats) conditionnels : « erreurs logiques » correspondant au passage entre les schémas cognitifs et les pensées automatiques.

2.1.4.3. *Les comportements*

Le comportement est défini par COTTRAUX (2011) comme un « enchaînement ordonné d'actions destinées à adapter l'individu à une situation telle qu'il la perçoit et l'interprète. » Chaque terme de cette définition renvoie à sa propre définition :

- Chaîne → séquence comportementale
- Ordonné → organisation et but
- Action → systèmes moteur et verbal
- Situation → stimuli organisés
- Perception → système cognitif : extraction d'une forme
- Interprétation → Schémas cognitifs stockés en mémoire à Long Terme

Par ailleurs, on parle de « conduite » lorsque la séquence comportementale est orientée vers un but.

Ainsi, selon la conception des TCC : le comportement indésirable n'est pas envisagé comme le signe d'un dysfonctionnement sous-jacent mais comme un trouble en tant que tel. De ce fait, la thérapie a pour objectif de remplacer le comportement « troublé » par l'apprentissage d'un autre comportement, non pathologique, et surtout, incompatible avec le comportement inadapté. On ne supprime donc pas un comportement mais on le remplace par un autre plus adapté.

Par ailleurs, le comportement est une réponse, à un stimulus donné, qui peut exister sous différents aspects (moteur, verbal, émotionnel, physiologique et cognitif). On distingue les « comportements ouverts » ou « réponses externes » des « comportements couverts » ou « réponses internes » (cf annexe 8, figure 6 : Comportements ouverts et couverts).

De plus, on parle d'« habitude » pour référer à la relation permanente et exclusive entre un stimulus et une réponse donnée. Relation qui a pu être observée empiriquement.

L'habitude « va de la simple réponse à un stimulus, à un ensemble ayant fait l'objet d'apprentissage. » (BRIGNONE et al, 1996).

2.1.5. Le fonctionnement des TCC

Les TCC comprennent 4 phases :

2.1.5.1. *L'analyse fonctionnelle*

Dans les TCC, on tente de comprendre comment certains éléments environnementaux et/ ou cognitifs maintiennent le comportement inadapté. Cette démarche se situe dans « l'ici et maintenant » et ne se propose pas d'envisager les causes ni l'histoire ou la structure sous-jacente de la personne. Pour autant, la thérapie n'est pas incompatible avec une autre modalité de prise en charge de type psychanalytique, par exemple.

Dans les TCC, on appréhende la relation fonctionnelle, c'est-à-dire de cause à effet, qui existe entre le comportement à modifier (variable dépendante) et les facteurs l'influençant et le maintenant (variables indépendantes). On parle ainsi d' « analyse fonctionnelle ».

Il existe différents types d'échelle pour réaliser une analyse fonctionnelle (liste non exhaustive):

- S.O.R.C. : Stimulus, Organisme, Réponse, Conséquence
- S.E.C.C.A. : Situation, Emotion, Comportement, Cognition, Anticipation (COTTRAUX, 1985)
- B.A.S.I.C. I.D.E.A.: Behavior, Affect, Sensation Imagery, Cognition, Interpersonnel, Drugs, Expectation, Attitude (LAZARUS, 1977)

2.1.5.2. *Le contrat thérapeutique*

L'objectif contractuel est la modification du (ou des) comportement(s) ciblé(s). Il est établi à court ou moyen terme avec le patient et éventuellement son entourage : la durée de la thérapie est pré- déterminée à l'avance.

Le contrat représente l'avantage d'impliquer le patient et sa famille, ainsi que son thérapeute, dans le processus de changement, et de formaliser une acceptation informée des termes du contrat pour les deux parties contractantes. Cela permet aussi de fixer des objectifs

réalisables et adaptés à la demande propre du patient : on se concentre uniquement sur les comportements jugés « insatisfaisants ».

2.1.5.3. Le choix et la mise en place de stratégies thérapeutiques

Les stratégies thérapeutiques basées sur le conditionnement répondant :

- La désensibilisation systématique : formulée par WOLPE, est basée sur le contre-conditionnement. Elle repose sur deux principes : d'une part l'exposition graduelle à la situation problématique (par exemple anxiogène) et d'autre part l'introduction d'une réponse, supposée antagoniste (par exemple la relaxation musculaire) au trouble (par exemple l'anxiété) entraînant une inhibition réciproque. Cette technique peut être réalisée *in vivo* ou en imagination. BRIGNONE (1996) fait remarquer que l'on pourrait aussi attribuer l'efficacité de cette méthode aux facteurs cognitifs : le sujet serait motivé par l'attente de résultats positifs.
- L'immersion (« flooding ») et l'implosion : consistent en une désensibilisation systématique sans recours préalable à l'apprentissage de réponse antagoniste au trouble.

Les stratégies thérapeutiques basées sur le conditionnement opérant :

Celles visant à faire augmenter un comportement :

- Le renforcement : correspond à l'augmentation du comportement à partir de l'appréciation de sa conséquence selon deux procédures. D'une part, une procédure « positive » où l'on présente un agent renforçateur appétitif après le comportement. D'autre part, une procédure « négative » correspondant à la non présentation/ retrait d'un agent renforçateur. Par ailleurs, deux types de renforçateurs existent : primaires (nourriture, évitement de la douleur...) ou secondaires, c'est-à-dire considérés comme non « vitaux » d'un point de vue biologique. Parmi ces derniers, nous relevons les renforçateurs symboliques (jetons, argent...) et les renforçateurs sociaux (louange, approbation attention ...).
- Le façonnement progressif (*shaping*) : permet de faciliter l'apparition d'une nouvelle réponse dans le répertoire du sujet. Pour cela, on renforce progressivement et par étapes, tout comportement qui s'en approche.

- Le principe de Premack : selon lequel « il est possible d'accroître un comportement à basse probabilité en utilisant comme renforçateur de ce comportement un comportement à haute probabilité. » (COTTRAUX, 2011).
- La déprivation : repose que le fait que « les caractéristiques renforçatrices d'un stimulus peuvent être augmentées si la personne en est privé. » (COTTRAUX, 2011).

Celles visant à faire diminuer un comportement :

- La punition ou « punissement » ou aversion : correspond à la diminution du comportement à partir de l'appréciation négative de sa conséquence. Ainsi, le comportement indésirable est suivi d'un stimulus aversif.
- L'extinction : consiste à ne plus faire suivre le comportement de l'agent renforçateur, « par exemple ça serait une attitude moins répréhensible des parents face au bégaiement de leur enfant » (BRIGNONE et al, 1996). Cela conduit à éteindre progressivement le comportement- cible.
- Le « time-out » : consiste à isoler le sujet par rapport au renforcement. Il s'agit de retirer la personne de la possibilité d'être renforcée, durant une période brève.
- La satiation : repose sur le principe qu'en rendant les renforcements surabondants (c'est-à-dire en rendant le sujet à satiété) leur caractéristique s'en trouve diminuée. (COTTRAUX, 2011).
- Le coût de la réponse ou « amende » : consiste en un retrait du renforcement comme conséquence d'un comportement. Ceci renvoie à une « amende » et a pour conséquence de faire diminuer le comportement.
- La rétroaction biologique ou « biofeedback » : selon cette technique, un apprentissage intéressant le système nerveux autonome serait possible par le biais d'un conditionnement opérant. Ainsi, la personne serait capable de conscientiser une fonction involontaire et pourrait s'entraîner à la modifier. (COTTRAUX, 2011). C'est le principe qui sous-tend de la méthode LSVT® permettant la prise en charge de la dysarthrie parkinsonienne, et dont les résultats cliniques sont très satisfaisants.

Les stratégies thérapeutiques basées sur l'apprentissage social/thérapie cognitive :

COTTRAUX (2011) souligne que toute psychothérapie classique est « cognitive ». Par ailleurs, « on peut considérer que les méthodes de conditionnement opérant sont efficaces à travers la médiation que représente la conscience des contingences de renforcement. »

Parmi les techniques cognitives, nous relevons :

- L'auto-contrôle : « est un processus cognitif qui apparaît lorsqu'une personne en l'absence de contraintes externes s'engage dans un comportement dont la probabilité était moindre que celle du comportement inverse ou alternatif » (COTTRAUX, 2011). On relève quatre mécanismes le sous-tendant : l'auto-observation, l'auto-évaluation, l'identification de stimuli et l'auto-récompense. C'est un contrat établi avec soi-même mais avec l'aide d'un thérapeute.
- Les techniques assertives (ou d'affirmation de soi): passent par un entraînement aux habiletés sociales et vise à améliorer la communication. Pour cela, on met en place des jeux de rôles et on emploie les principes de modelage (fondé sur l'apprentissage par imitation d'un modèle, selon BANDURA) et de rétroaction (ou « feedback », à but descriptif).
- Les techniques de modification cognitive : « visent à modifier les croyances et représentations associées à des événements et les émotions inhibées par l'anxiété. » (VERA, 2009). Parmi celles-ci, on retrouve la technique de résolution de problème et le dialogue socratique (BECK), la technique rationnelle émotive (ELLIS) et la technique de modifications des schémas (YOUNG).

Les indications pour les TCC sont exposées en annexe 9.

2.1.5.4. L'évaluation des résultats

BRIGNONE et al. (1996) font remarquer que « la thérapie comportementale est expérimentale même en clinique : une hypothèse faite avec le [patient] est vérifiée ou non par le traitement. » Ainsi, il est nécessaire, dans les TCC, de mesurer les résultats avant, pendant et après le traitement afin d'obtenir avec précision l'appréciation de la modification comportementale.

Par ailleurs, les TCC étant contractualisées à court ou moyen terme, le patient et le thérapeute s'attendent à des résultats relativement rapides.

2.1.6. Les TCC appliquées à l'enfant

Les enfants peuvent suivre, à l'instar des adultes, une TCC (KENDALL, 2000, in VERA 2009). Le seul obstacle à l'utilisation d'une TCC chez l'enfant est le niveau de

développement cognitif, affectif et comportemental de ce dernier, imposant d'adapter les outils thérapeutiques à son niveau de développement.

Par ailleurs, à la différence des adultes, la structure psychologique de l'enfant est en cours de développement et non constituée, ce qui signifie que les objectifs ne sont pas tout à fait les mêmes : « l'intervention vise à renforcer des fonctions organisatrices de la personnalité [et non à œuvrer en une] modification cognitive, comportementale et affective chez l'individu 'déjà construit'. » (VERA, 2009).

Plusieurs domaines ont contribué à faire un parallèle entre les TCC et les spécificités développementales de l'enfant afin d'envisager les objectifs et les limites des TCC adaptées à ce public.

D'une part, la psychologie du développement cognitif a étudié « les changements qui interviennent dans l'organisation et le fonctionnement des comportements affectifs, moteurs et intellectuels » (VERA, 2009). Ces recherches ont permis de mettre en évidence que les comportements étaient, pour la plupart, réflexes à la naissance (c'est-à-dire programmés génétiquement) et que grâce aux interactions avec l'environnement et aux expériences, ils pouvaient évoluer en séquences comportementales volontaires. Ainsi, pour PIAGET (1974, in VERA 2009) « l'expérience individuelle modificatrice des automatismes ou de réflexes permet l'évolution, le déroulement et l'histoire d'un comportement. » Par ailleurs, cet auteur met en avant le « primat de la maturation », en ce sens qu'il y aurait des étapes de maturations successives dont on ne pourrait aller à l'encontre et qui seraient universelles à l'espèce humaine. Ainsi, il est important de respecter le niveau cognitif de l'enfant afin de lui proposer des thérapies adaptées. Par exemple un enfant de 5 ans à qui on explique que son camarade l'a frappé sans pour autant penser à mal, n'est pas en mesure de le comprendre car il « focalise sur la conséquence d'une conduite avant de pouvoir envisager plusieurs intentions pour une même conduite (la conséquence négative l'emporte sur l'intention positive ou neutre). » De ce fait, on n'est pas en mesure de comparer ce type de distorsions cognitives avec celles de l'adulte. Plus généralement, l'enfant n'étant pas encore entré dans la pensée réflexive (stade des opérations formelles, selon PIAGET, vers 11-12 ans), ne dispose pas des outils cognitifs pour mener une réflexion telle que l'on l'envisage dans les thérapies cognitives.

D'autre part, la psychologie de l'apprentissage a permis de mettre en avant l'importance de prendre en compte deux variables :

Les capacités d'apprentissage des enfants : car il existe des différences interindividuelles dans la « rapidité et la stabilité avec lesquelles s'établissent les réponses conditionnées » (VERA, 2009) ce qui est en lien avec des types de systèmes neurovégétatifs différents : un même stimulus déclenchera des réactions différentes selon les enfants (labilité attentionnelle et perceptions sensorielles). De plus, les modalités d'apprentissage dominantes divergent selon l'âge de l'enfant : à l'âge de 4-6 ans l'enfant est doué de capacité d'imitation sur lesquelles on peut s'appuyer dans la thérapie (techniques utilisant des modèles), tandis que vers l'âge de 6-8 ans, l'enfant est capable de jeu de « faire semblant » et également de ressentir de l'empathie ce qui autorise à utiliser des jeux de rôles.

L'activité de l'enfant : est rendue possible par son équipement sensoriel, moteur et cognitif qui lui permet d'interagir avec son environnement par le biais d'expériences. Ces expériences sont à l'origine d'un recueil d'informations sur le monde et le pousse à acquérir certains comportements et à les modifier. C'est ainsi que les thérapies intègrent l'apprentissage de conduites par le renforcement négatif ou positif de certaines conduites.

2.1.7. Le rôle de l'environnement et de l'implication parentale

Afin de maximiser les effets d'un traitement, il peut être très pertinent d'impliquer le parent ou toute autre personne présente régulièrement dans l'environnement de l'enfant. En effet, « outre l'augmentation de l'intensité du traitement, cette solution a également le mérite de favoriser le transfert des acquis dans la vie quotidienne, étant donné que le travail se fait en contexte naturel. » (SCHELSTRAETE, 2011). L'implication des parents est variable : il peut s'agir pour les parents de jouer un rôle secondaire dans la thérapie en suivant les conseils prodigués par le thérapeute et en assistant à quelques séances, ou bien, de jouer un rôle majeur dans l'intervention thérapeutique. Dans ce cas, on relève différents choix cliniques en lien avec des orientations théoriques différentes mais aussi en lien avec des besoins divergents.

Le courant socio-interactionniste et éco-systémique a inspiré GIROLAMETTO et WEITZMAN (2007) qui ont créé une approche dite « naturelle » où il s'agit pour les parents de stimuler le développement du langage de leur enfant en adoptant des comportements favorables à ce développement langagier, dans des situations naturelles, et en augmentant la fréquence et l'intensité de ces comportements (ex : *programme Hanen*). On vise ici à traiter un retard de langage.

Lorsque la demande est plus particulière et ciblée, on préfère recourir à des programmes basés sur la modification du comportement : « les parents appliquent de manière très stricte un programme d'apprentissage très structuré, en suscitant de manière systématique la production d'un comportement cible déterminé au préalable [...] et en délivrant les renforcements comme recommandés par le programme lorsque le comportement cible est observé. » (SCHELSTRAETE, 2011). On retrouve cela pour des enfants qui présentent un autisme (LEAF et McEACHIN, 2006) ou un polyhandicap (HALLE et al, 2007), ou encore pour des enfants présentant un bégaiement comme pour le programme Lidcombe que nous détaillons ci-après.

2.2. Présentation du programme Lidcombe

2.2.1. Contextualisation

La théorie diagnosogène (JOHNSON, 1942) selon laquelle c'est l'attention que les parents portent aux dysfluences «typiques» du langage du jeune enfant qui crée le bégaiement, a eu une large influence au cours de la seconde moitié du XX^{ème} siècle mais a aussi entraîné une insatisfaction grandissante. D'une part, il est difficile pour un parent de ne pas prêter attention à l'enfant qui bégaye et d'autre part, cette théorie n'apporte pas de solution thérapeutique et induit une grande culpabilité parentale.

Dans les années 70, les chercheurs ont commencé à faire émerger des méthodes « directes » du traitement du bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire (EAP), différentes de celles destinées aux adultes qui sont plutôt « laborieuses » et qui nécessitent une maturité cognitive suffisante (ROUSSEAU, 2002). Ainsi, il a été démontré (BLOODSTEIN, 1995 et ONSLOW 1996) que le bégaiement peut être contrôlé, en laboratoire, au moyen de techniques de modification du comportement (méthode opérante). Pour l'enfant d'âge préscolaire, MARTIN, KUHL et HAROLDSON (1972, in ROUSSEAU 2002) ont, par exemple, mis au point un dispositif avec une marionnette parlante et illuminée, contrôlée de l'extérieur. L'enfant dialoguait avec cette marionnette et dès qu'il bégayait, la marionnette s'éteignait (« punition »). Cela a permis de faire baisser le bégaiement d'un niveau proche de zéro pour l'ensemble des sujets, en clinique et à l'extérieur. Cette expérience clinique a influencé la recherche et le développement du Programme Lidcombe (PL) qui a été élaboré à la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université de Sydney (*Australian Stuttering Research Centre*,

The University of Sydney) ainsi qu'au sein d'une clinique spécialisée en bégaiement (*Stuttering Unit, Bankstown Health Service*).

2.2.2. Présentation de la méthode

Le PL est une méthode opérante pour le traitement du bégaiement de l'EAP dans lequel l'orthophoniste enseigne au parent, de façon hebdomadaire, comment administrer la thérapie à son enfant lors de situations de communications quotidiennes. Une rencontre est prévue chaque semaine avec l'orthophoniste qui doit réajuster la thérapie et s'assurer que celle-ci se déroule dans des conditions favorables pour l'enfant.

« L'enfant n'apprend pas à modifier certains aspects de sa parole comme ralentir le débit. Les parents ne sont pas non plus avisés de modifier l'environnement de l'enfant pour faciliter sa fluidité. Toutefois les parents peuvent modifier certains aspects de l'environnement de l'enfant lorsque cela est jugé nécessaire à une application efficace du PL. » (ROUSSEAU, 2004).

2.2.2.1. Les composantes essentielles

Les comportements ciblés par le PL sont des comportements verbaux produits par l'enfant. Il en existe deux : 1. La parole fluide (ou non- bégayée), 2. La parole bégayée sans équivoque. Toutefois, deux autres comportements peuvent être ciblés par le PL, il s'agit de l'auto- évaluation spontanée et de l'auto- correction spontanée de la parole bégayée (répétition spontanée de l'énoncé par l'enfant sans bégaiement). Pour ROUSSEAU (2002) : « les spécialistes du PL encouragent ces comportements malgré le fait qu'ils ne soient pas essentiels et que le programme peut fonctionner sans qu'ils apparaissent. »

Les effets thérapeutiques du PL ont lieu lorsque les parents énoncent des commentaires, le plus tôt possible, après un comportement ciblé. C'est ce que l'on appelle : contingences verbales parentales. Elles sont différentes selon le comportement émis et sont résumées comme suit :

COMPORTEMENTS VERBAUX DE L'ENFANT	PAROLE FLUIDE	PAROLE BEGAYEE
CONTINGENCES VERBALES PARENTALES	<div style="text-align: center;"> </div>	<div style="text-align: center;"> </div>

L'éloge se distingue de la reconnaissance en ce sens qu'il ajoute, au constat de parole fluide, un jugement de valeur de type « contentement ».

Il est préconisé d'employer un « ton neutre et non punitif » pour la reconnaissance d'une parole bégayée. En effet, le parent doit toujours porter un regard positif et soutenir son enfant pour que la thérapie soit un moment agréable pour celui-ci, condition *sine qua non* pour obtenir une efficacité. Ainsi, il faut s'assurer que les commentaires ne soient pas « constants, intensifs et invasifs » (ROUSSEAU, 2002) et l'on conseille une proportion de 5 contingences verbales adressées à la parole fluide pour une contingence verbale adressée à la parole bégayée.

Par ailleurs, les parents peuvent également émettre des contingences verbales après des comportements cibles non essentiels.

Les mesures du bégaiement sont régulières et permettent de diriger la thérapie. D'une part, elles sont réalisées par les parents, de façon quotidienne, sur une échelle de 1 (absence de bégaiement) à 10 (bégaiement extrêmement sévère). Pour cela, les parents décident d'évaluer la sévérité du bégaiement de leur enfant en se basant sur la journée entière ou bien sur une situation de conversation, mais dans ce cas précis, les situations choisies doivent être différentes chaque jour. Ce sont les premières rencontres en cabinet qui permettent de guider les parents dans l'évaluation de la sévérité du bégaiement. D'autre part, l'orthophoniste mesure le pourcentage de syllabes bégayées d'un échantillon de langage, en clinique, de façon hebdomadaire. Puis, la sévérité du bégaiement est obtenue en établissant un accord raisonnable (pas plus d'un point de différence sur l'échelle) entre l'appréciation des parents et celle de l'orthophoniste.

Les critères de parole à atteindre sont un pourcentage de syllabes bégayées (%SB) inférieur à 1,0% et des valeurs comprises entre 1 et 2 sur l'échelle de sévérité (ES) avec une majorité de 1, pendant une semaine (soit sur 4 jours).

2.2.2.2. *Les procédures*

Lors de la première rencontre avec les parents et leur enfant, l'orthophoniste doit établir un bilan classique de bégaiement diagnostiquant le trouble ou non. Il doit aussi informer les parents sur le bégaiement et notamment sur le phénomène de récupération spontanée. Puis, si le bégaiement est présent depuis au moins 6 mois, il leur présente le PL et insiste sur le rôle majeur qu'ils ont à jouer dans l'implémentation de ce programme.

Le PL se déroule en 2 stades : le stade 1 correspond à une phase de modification clinique, estimée à 15 semaines mais cela est très variable. Les rencontres en clinique se font chaque semaine et permettent à l'orthophoniste de former les parents et de réajuster la thérapie en fonction des résultats et de la façon dont est administrée la thérapie. Les verbalisations contingentes ne doivent être données qu'en conversations structurées (CS), c'est-à-dire dans des échanges qui permettent de contrôler la longueur d'énoncé de l'enfant. Cela se fait donc graduellement en commençant par un énoncé-mot, puis un énoncé de 2 mots, etc... Les CS correspondent à un temps limité (10 à 15 minutes) quotidien où l'enfant se retrouve seul avec l'un de ses parents autour d'une situation de jeu, par exemple. Ce dispositif permet d'offrir une tâche organisée qui, d'une part, facilite l'enseignement par l'orthophoniste de l'administration de la thérapie et, d'autre part, permet d'obtenir un haut niveau de succès en établissant des routines. Ainsi, comme le souligne ROUSSEAU (2002) : « une application structurée des contingences au début de la thérapie permettra à l'enfant de s'acclimater au processus et au parent de transmettre un message d'appui positif par rapport à ce processus. » Lorsque le binôme est à l'aise avec la procédure et que le niveau de bégaiement commence à décroître, les contingences verbales peuvent progressivement être produites lors de conversations spontanées dites « non structurées » (CNS). A la fin du stade 1, le traitement est délivré lors de CNS uniquement. Lorsque le niveau de bégaiement atteint les critères de parole énoncés ci-avant (*cf* 2.2.2.1., *chap* 2) sur une période de 3 semaines consécutives, on peut proposer de passer au stade 2.

Le stade 2 correspond à une phase de maintien, estimée à 12 mois. C'est une phase essentielle qui permettrait d'éviter les « rechutes ». Elle vise à réduire progressivement la thérapie sous la supervision de l'orthophoniste. Pour cela, les contingences verbales doivent

être de moins en moins fréquentes (5 commentaires par jour au début de la phase 2) et les rencontres cliniques s'espacer (intervalle des semaines : 2-2-4-4-8-8-16). Cependant, 75% des enfants ne maintiennent pas les critères de parole au cours des 8 premières semaines de la phase 2 (ONSLOW & WEBBER, 2003). Le stade 2 a donc pour objectif de contrôler la parole de l'enfant (mesures similaires au stade 1), ainsi, si la moindre rechute est observée elle entraîne le retour à une étape antérieure.

2.2.2.3. *L'individualisation du programme*

Pour permettre une administration efficace et sécurisée, il importe que l'orthophoniste soit capable d'analyser un problème rencontré et de le résoudre. Par ailleurs, il ne faut pas perdre de vue que l'objectif premier est que l'enfant vive la thérapie comme une expérience agréable et gratifiante.

L'application du PL nécessite de prendre en compte les particularités de l'enfant et de sa famille, car la réussite du traitement dépendrait de la façon dont l'orthophoniste parvient à guider et former le parent dans son administration de la thérapie. Quelques éléments peuvent influencer le mode d'administration de la thérapie. Parmi ceux-ci, nous retrouvons (liste non exhaustive) :

- **L'âge de l'enfant** (*développement cognitif et linguistique*) qui influence :
 - Le type de contingences verbales utilisées (elles peuvent être négociées avec l'enfant pour savoir celles qu'il préfère).
 - Le type d'activités lors de CS : par exemple, on préfère une activité de jeu plutôt qu'une description d'images pour l'enfant jeune.
 - La durée du traitement : des intervalles de traitement courts seraient plus appropriés pour le jeune enfant.
- **La sévérité du bégaiement** influence l'organisation des CS. En effet, il est essentiel que l'enfant produise suffisamment d'énoncés non- bégayés pour que la proportion de contingences verbales 5/1 soit maintenue. Pour respecter ce principe, il faut choisir des activités requérant des énoncés les plus courts possibles pour que la fluence soit facilitée.
- **La personnalité de l'enfant et/ ou du parent** influence le choix des contingences verbales délivrées. Par exemple, certains enfants peuvent être gênés par l'attention prêtée à leur bégaiement ce qui interdit, dans un premier temps, de fournir des contingences sur la parole bégayée.

- **Le comportement général de l'enfant** influence l'encadrement des CS. Par exemple, un enfant très bavard doit pouvoir être canalisé pour permettre de délivrer les contingences verbales.
- **Les circonstances familiales** influencent la facilité à mettre en place le PL. Par exemple, l'emploi du temps de la famille, la présence d'autres enfants en bas âge, les horaires de travail en décalé (de nuit) peuvent rendre difficile la mise en place du PL.

2.2.3. Premières études

2.2.3.1. *Validations scientifiques*

Beaucoup d'études ont été entreprises pour soutenir l'efficacité du PL, en voici un bref aperçu.

Différentes études préliminaires (phase 1 et 2), financées par le Conseil National Australien de la Recherche pour la Santé et Médecine et, basées sur des mesures objectives (%SB) de la parole de 42 enfants dans diverses situations de communication de tous les jours, révèlent que le PL peut faire réduire presque totalement le bégaiement voire le faire disparaître chez l'enfant d'âge préscolaire (EAP) à moyen et à long terme, c'est-à-dire de 2 à 7 ans après la fin de la thérapie (ONSLOW et al, 1990 ; ONSLOW et al, 1994 ; ONSLOW et al, 1997) (cf Annexe10. Etudes sur l'efficacité du PL : Figure1).

Par ailleurs, il a été démontré d'une part, que le PL est sûr et « valide socialement ». Ainsi, il n'affecterit ni le comportement de l'enfant (à l'exception de celui de la parole) ni le lien d'attachement entre parents et enfant, et aucun dommage psychologique pour l'enfant n'aurait été rencontré (WOODS et al, 2002). D'autre part, il n'entraînerait pas de changement dans les habitudes langagières des parents et de leur enfant et ne réduirait pas, quantitativement, le langage de l'enfant (BONELLI et al, 2000 ; LATERMANN et al, 2005).

De plus, HARRIS et al (2002) ont cherché à connaître les effets à court terme du PL par rapport à la récupération spontanée. Cette étude a concerné 23 enfants australiens âgés de 2 ans à 4 ans et 11 mois, qui présentaient un bégaiement depuis au moins 6 mois et dont la fréquence du bégaiement s'élevait à au moins 3% de SB. Ces enfants ont été répartis aléatoirement dans 2 groupes : un groupe recevant le PL (GPL) et un groupe contrôle (GC). Pour le GPL, le suivi s'est fait sur 12 semaines. Les résultats montrent que l'amélioration du bégaiement est 2 fois plus importante pour le GPL par rapport au GC ce qui a amené les

chercheurs à conclure que le PL était plus efficace que la récupération spontanée (*i.e.* absence de traitement) et que les cliniciens pouvaient avoir confiance en cette thérapie. Une autre étude, ayant le même objectif, a été menée en Allemagne par LATTERMAN et al (2008) et a conduit à la même conclusion : le GPL a montré une réduction significative de %SB dans les mesures réalisées à la maison et en clinique, en comparaison au GC.

Enfin, JONES et al (2005) ont entrepris des essais cliniques à échantillons aléatoires (phase 3) pour évaluer l'efficacité du PL, sur le long-terme, en comparant deux groupes d'enfants : GPL et GC. Par éthique, le GC n'a pas été laissé sans prise en charge et a suivi un traitement autre que le PL. Cette étude a concerné 54 enfants (29 dans le GPL et 25 dans le GC), âgés de 3 à 6 ans, bégayant depuis au moins 1 an. Le pourcentage de syllabes bégayées (%SB) était d'au moins 2%. La mesure du %SB s'est effectué « en aveugle », par des experts, à partir d'échantillons de trois situations de conversations différentes à quatre moments différents : avant la randomisation puis à M3, M6 et M9 après randomisation. Après 9 mois de randomisation (M9), les résultats rapportent que la moyenne de %SB était de 1,5% pour le GPL (écart-type de 1,4) contre 3,9% (écart-type de 3,5) pour le GC, avec une différence significative haute ($p=0,003$), ce qui a amené les chercheurs à en conclure que le PL est un traitement efficace pour le bégaiement de l'EAP.

Ces études permettent de prouver l'efficacité et la « sûreté » du PL pour la prise en charge du bégaiement de l'EAP, ce qui en fait un traitement de choix en Australie et dans d'autres pays anglo-saxons (Nouvelle-Zélande, Etats-Unis, Canada, Royaume-Uni, Singapour, Danemark, Hollande) (ROUSSEAU, 2002). Cependant, les preuves « scientifiques » sont difficiles à confirmer dans une méthode où le succès dépend beaucoup de la qualité de la formation du praticien et de son sens clinique et relationnel, ainsi que de l'implication des parents.

2.2.3.2. Analyses thématiques d'expériences parentales à partir d'interviews

Parmi toutes les études menées sur le PL, très peu d'informations ont été recueillies auprès des parents participants au PL, c'est pourtant grâce à eux que la thérapie peut être entreprise. Dans la littérature on retrouve quatre études :

ONSLow et al (2003, in GOODHUE et al, 2010) ont dirigé quatre groupes informels de parents. Ces entretiens ont permis de relever une augmentation de la confiance des parents en leur enfant mais un manque de confiance en eux à administrer la thérapie.

PACKMAN et al (2007, in GOODHUE et al, 2010) ont mené une enquête auprès de 35 parents qui ont été questionnés sur quatre thèmes : les informations qui leur ont été données, leur expérience du PL, l'expérience de leur enfant et leur propre évaluation de l'efficacité du PL. Cette étude n'a révélé aucun effet indésirable relatif au traitement. Cependant, les parents ont souvent exprimé un manque de confiance dans leur capacité à administrer la thérapie ainsi que quelques difficultés à administrer la thérapie.

HAYHOW (2009) a interrogé 14 parents pendant la durée du traitement. Cette a mené à établir trois profils : ceux qui ont trouvé le programme directif, ceux qui ont bien commencé puis ont rencontré des problèmes et ceux qui avaient des questionnements dès le début du programme.

GOODHUE et al (2010) ont établi la plus aboutie et la plus récente des études intéressant les parents. Ils ont analysé 140 interviews de parents et ont mis en lumière les facteurs pouvant les aider et ceux qui peuvent les gêner lorsqu'ils administrent cette thérapie au quotidien. Le but final étant de permettre une meilleure connaissance de leurs expériences pour envisager un meilleur coaching de la part des orthophonistes. Ces recherches ont exploré trois domaines. Tout d'abord, l'administration de la thérapie met en avant trois types d'obstacles (trouver le temps pour faire la thérapie, oublier de faire la thérapie et la présence d'une fratrie) et trois types de bénéfices (une amélioration qualitative du temps passé avec leur enfant, une augmentation des connaissances et de la gestion du bégaiement, et une amélioration des compétences parentales). Puis, la perception du PL par les parents révèle l'appréciation de son efficacité, la nécessité de faire preuve de dévouement et d'une attention constante pour garantir le succès de la thérapie et le besoin d'obtenir plus d'informations et de documentations ainsi que le besoin d'un éventuel groupe de soutien. Enfin, les émotions majoritairement ressenties par les mères pendant le programme étaient la responsabilité accrue, l'anxiété, la culpabilité, la détresse et le « cycle de confiance » (la confiance des mères suivait le degré de sévérité du bégaiement de leur enfant).

Ce recueil d'informations met bien en avant les difficultés que peuvent rencontrer les parents et la nécessité pour l'orthophoniste de les soutenir au mieux. C'est un rôle majeur mais peut-être pas si évident à porter.

2.2.4. L'arrivée du PL auprès des professionnels français

Véronique Aumont-Boucand, orthophoniste française et spécialiste du bégaiement, a entrepris d'informer et de former les orthophonistes français à cette méthode. Pour ce faire, elle a fait appel à Rosalee Shenker, représentante canadienne du LPTC (Lidcombe Program Trainers Consortium), pour animer ces formations qui ont eu lieu en 2011 et en 2012 (une autre formation est prévue en 2013).

A ce jour, et compte tenu du peu de distance temporelle, aucune étude n'a été entreprise concernant l'application du PL par les orthophonistes français. Pourtant, il paraîtrait intéressant de connaître ce que l'utilisation du PL a changé dans leur prise en charge du bégaiement de l'EAP, d'où notre problématique de départ : **en quoi l'utilisation du Programme Lidcombe pour la prise en charge du bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire modifie-t-elle la pratique professionnelle de l'orthophoniste ?**

Au vu de ce qui a été exposé dans cette partie théorique, nous envisageons deux points fondamentaux pouvant rendre compte de changements : l'aspect « comportemental » sur lequel est basé le PL et la formation des parents à l'administration de la thérapie à leur enfant. De là, découlent nos hypothèses théoriques :

➤ Hypothèses théoriques :

HT1 : La modification porte sur un usage différent des outils thérapeutiques : les renforcements et les mesures du bégaiement sont utilisées de façon systématique et structurée.

HT2 : La modification porte sur les compétences même de l'orthophoniste : coaching parental (formation, résolution de problèmes et motivation) et une responsabilité accrue.

1. Population

1.1. Les critères d'inclusion et d'exclusion

Pour notre étude, nous avons décidé de sélectionner les orthophonistes français(es), formé(e)s au Programme Lidcombe. Par opposition, les orthophonistes non formé(e)s à cette méthode et/ ou non français(es) sont exclu(e)s de notre étude.

1.2. Le recrutement

La population a pu être recrutée grâce à la liste des formations du Programme Lidcombe dispensées, en France, en 2011 et 2012. Le contact s'est établi par voie électronique.

1.3. L'échantillon

Pour notre étude, la population ciblée est circonscrite à 40 personnes. Ce nombre relativement faible permettrait de faire une étude exhaustive sur l'ensemble de notre population. Cependant, nous ne nous attendons pas à un taux de participation égal à 100% puisque la participation à cette enquête est basée sur le volontariat.

Par ailleurs, cet échantillon est « empirique » puisque nous n'avons pas sélectionné de manière aléatoire les participants (MARTIN, 2012) mais nous pouvons déjà estimer qu'il sera représentatif du fait que chaque participant possède effectivement les critères d'inclusion mentionnés ci-avant.

2. Outils méthodologiques

2.1. Choix méthodologique

Pour A.TROGNON (2005), « les sciences sociales, comme les autres d'ailleurs, travaillent non sur des données brutes, mais sur des données produites. » Or, différentes méthodes peuvent permettre de produire des données. N. BERTHIER (2011) en répertorie quatre :

➤ l'étude documentaire :

Elle consiste en une analyse qualitative et/ ou quantitative de données écrites (relevés statistiques, archives, articles de presse...) voire iconographiques, sonores ou matérielles en vue de répondre aux questions de départ. Or, les ressources n'existent pas toujours ou ne sont pas accessibles.

➤ l'observation directe :

Elle est, selon J. MASSONAT (2005) « un mode d'approche spécifique de l'activité humaine. ». Il s'agit pour l'observateur d'étudier un « groupe naturel » en se rendant sur le terrain. Là, « il regarde ce qui se passe, interroge des informateurs et essaie de contrôler leurs dires par des vérifications. » (N. BERTHIER, 2011). Elle est longue et ne permet pas d'observer toutes les conduites ni de faire une étude à grande échelle.

➤ l'expérimentation :

Elle se définit comme suit : « la méthode expérimentale (ou observation provoquée), est utilisée pour mettre à l'épreuve une hypothèse : il s'agit d'observer l'effet produit par la manipulation intentionnelle d'un facteur manipulé par l'expérimentateur. La situation est donc construite pour l'occasion et contrôlée par le chercheur. » (N. BERTHIER, 2011). Cette méthode n'est pas tout à fait adaptée pour étudier des situations naturelles qui sont complexes et multifactorielles.

➤ l'enquête sociologique :

R. MUCCHIELLI (1993) définit l'enquête ainsi : « le terme d'enquête [...] doit être pris ici au sens de recherche d'informations ou de quête d'informations. » Il complète cette définition en y ajoutant deux idées capitales. Cette recherche :

- « est méthodique, donc doit satisfaire à certaines exigences de rigueur, permettant d'aboutir à des résultats 'quantifiables' »
- « s'applique à une réalité tout à fait particulière : la vie psychologique d'un groupe, ses comportements, ses goûts, ses opinions [...] ses changements et les influences auxquelles il est sensible. »

Pour N. BERTHIER (2011), lors d'une enquête sociologique « la quête d'informations est réalisée par interrogation systématique d'une population déterminée, pour décrire, comparer ou expliquer : c'est une démarche de type scientifique. »

Pour notre étude portant sur les pratiques professionnelles d'orthophonistes et leurs opinions, nous décidons de choisir la méthode de l'enquête. En effet, elle nous permettra d'obtenir un type d'informations (opinions, attitudes, croyances, perceptions, expériences ou comportements) qui n'est pas accessible par d'autres méthodes. Seule l'interrogation des personnes concernées peut permettre d'y avoir accès.

2.1.1. Les techniques d'enquête

On dispose de deux techniques pour satisfaire notre recherche d'informations : l'entretien et le questionnaire.

N. BERTHIER (2011) affirme qu' « on oppose généralement l'approche qualitative, avec un nombre limité de cas, conduite par entretiens approfondis, à l'approche quantitative avec étude statistique, réalisée à partir d'un questionnaire fortement structuré [mais] entre ces deux extrêmes toutes les formes intermédiaires de questionnements sont possibles. »

En premier lieu, pour A. BLANCHET, « l'entretien de recherche s'inscrit dans le vaste ensemble des comportements verbaux que D.H HYMES appelle 'speech events', comportement verbal que cet auteur définit classiquement par ses sept composants : destinataire, destinateur, message, canal, code, contenu, situation. » De plus, il vise la production d'un discours linéaire, sur un thème-cible, par l'interviewé qui ne doit pas être interrompu par des questions de l'interviewer. Enfin, cet entretien a lieu dans le cadre d'une recherche.

N. BERTHIER (2011) fait remarquer que les entretiens « conviennent mieux pour comprendre en profondeur des phénomènes complexes. » Ils sont aussi « particulièrement adaptés aux situations de changement. »

En second lieu, le questionnaire est, selon F. DE SINGLY (2005), « une série de questions que l'on pose à un informateur et qui peuvent concerner des opinions, représentations, croyances, ou divers renseignements factuels sur lui-même et son environnement ». Il convient mieux pour « mesurer des fréquences, faire des comparaisons,

observer des relations entre variables, expliquer les déterminants de conduites, repérer le poids des facteurs sociaux. » (N. BERTHIER, 2011).

R. MUCCHIELLI (1993) fait la distinction entre deux types de questionnaire :

- le questionnaire « auto-administrés » où le sujet est seul devant le questionnaire auquel il doit répondre.

- le questionnaire « par enquêteur » où l'enquêté est questionné par l'enquêteur qui note les réponses obtenues.

2.1.2. Choix du questionnaire

Nous faisons le choix d'un questionnaire auto-administré pour permettre d'interroger le plus grand nombre de personnes recrutées selon nos critères d'inclusion. De plus, cela peut permettre d'éviter les biais liés à la relation enquêteur-enquêté. En effet, d'après R. MUCCHIELLI (1993), ils sont de trois types : « augmentation de la méfiance a priori, réactions à la personne même de l'enquêteur et risques de suggestions et d'induction des réponses. »

Par ailleurs, nous choisissons de réaliser une enquête « transversale », c'est-à-dire qui a pour objectif de « décrire l'état (ou l'état d'esprit) d'une population à un moment donné. »

2.2.Elaboration d'un questionnaire

2.2.1. Formulation des questions (forme)

Il est important d'accorder une attention particulière à la formulation des questions afin d'éviter des biais. En effet, le choix de telle ou telle formule peut largement induire une réponse qui ne sera plus fidèle et représentative.

Il est également important de garder à l'esprit que les enquêtés ne sont pas demandeurs d'un questionnaire. De ce fait, le questionnaire proposé doit se garder d'être ennuyeux et rébarbatif afin de maintenir l'intérêt minimal du sujet enquêté. Il doit également ne pas donner l'impression d'un interrogatoire. Pour cela, il est favorable de varier les formulations de questions en n'optant pas exclusivement pour des formulations interrogatives car il existe, comme le fait remarquer N. BERTHIER (2011), « une grande variabilité de formulations ». De plus, on doit veiller à ne pas situer l'interrogé dans des situations de conflits cognitifs importants en lui permettant de fournir une réponse aisément.

Il existe deux grandes formes de questions possédant chacune des avantages et des inconvénients :

➤ Les questions ouvertes :

Elles engagent l'enquêté à répondre avec ses propres mots aux questions posées. L'avantage présenté par ces questions est la richesse des réponses obtenues et leur diversité. De plus, « elles permettent, si elles sont bien formulées d'aborder n'importe quel sujet et d'obtenir des informations utiles. Elles sont indispensables pour aborder des sujets délicats. » (MUCCHIELLI, 1993). Par contre, elles sont difficiles à formuler et à dépouiller puisqu'elles nécessitent une analyse de contenu. De plus, les enquêtés peuvent être en difficulté pour y répondre et ainsi restés vagues ou hors- sujet. Des éléments « inavouables » peuvent être omis alors que formulés en choix multiples (dans une question fermée) ils auraient pu être évoqués.

➤ Les questions fermées :

Elles correspondent à des questions dont la réponse à fournir est fixée et formulée à l'avance. Il peut s'agir de question dichotique (choix unique entre deux réponses), de question à choix multiples (choix unique ou multiple), de choix d'un échelon sur une échelle ou encore de demande de classement (N. BERTHIER, 2011). R. MUCCHIELLI (1993) ajoute une sous-catégorie de questions fermées : les questions cafétéria. Elles seraient de type « question ouverte » mais offriraient toutes les réponses possibles en choix multiples et ce, afin d'éviter la contrainte du dépouillement des questions ouvertes. On les nomme ainsi car elles supposent que le « client » ou « enquêté » y trouve forcément ce qu'il souhaite parmi le panel de réponses proposées. Les avantages offerts par ces questions concernent l'enquêté (effort minimal) et l'enquêteur (facilité de dépouillement grâce à une analyse statistique). Elles ont aussi l'avantage de permettre d'établir des comparaisons. Elles ont l'inconvénient d'induire parfois les réponses et de donner la possibilité aux enquêtés de fournir des réponses qu'ils n'auraient envisagées spontanément. De plus, l'inconvénient majeur est qu'il est impératif que « toutes les possibilités [soient] représentées (exhaustivité) et que chaque réponse ne [puisse] se situer que dans une seule catégorie (exclusion mutuelle). » (N. BERTHIER, 2011). Pour pallier à ce problème, il est suggéré l'utilisation de la catégorie « autres », mais cet usage aurait un « faux intérêt » selon N. BERTHIER (2011) car il ne permettrait pas d'établir des comparaisons entre les sujets qui l'interprètent différemment (question ouverte ou question fermée).

Concrètement, les questions fermées sont plus faciles et moins coûteuses en termes de traitement de l'information. Mais « au-delà des problèmes de coût, la stratégie d'enquête face aux questions ouvertes et questions fermées renvoie donc à deux types d'enquête, l'une plus centrée sur le test d'hypothèses précises, l'autre plus attentive à la complexité du réel. » F. DE SINGLY (1992).

Pour finir, F. DE SINGLY (1992) suggère l'idée que : « la passation d'un questionnaire s'apparente, pour partie, à un examen. Les individus de l'échantillon cherchent souvent à savoir quelle est la réponse légitime. » Pour lutter contre ce phénomène, il est important de ne pas induire la direction à suivre, ou du moins, la problématique sous-tendue par l'enquête. Pour se faire, différents points doivent être mis en œuvre :

- inclure une option « sans opinion » afin de « remettre en cause le présupposé que les individus ont une opinion sur tout » et pour que les questions aient effectivement un sens pour tous.
- établir un équilibre entre les modalités positives et les modalités négatives.
- être vigilant à la tonalité des mots en s'assurant de leur usage.
- autoriser les doubles ou triples réponses.

Pour notre étude, nous choisissons de proposer des questions fermées pour permettre de recueillir des informations plus « factuelles », de les comparer, et de traiter nos hypothèses. Les questions ouvertes seront là pour ouvrir des sujets et laisser les participants plus libres dans leur expression. Nous partons du principe que ces deux types d'informations sont complémentaires et utiles pour notre étude.

2.2.2. Types de questions (contenu)

Il existe différents types de question en fonction de ce sur quoi elles portent. D'après N. BERTHIER (2011), on peut en relever cinq types :

➤ Les renseignements signalétiques :

Ils apportent des informations sur l'identité des enquêtés : sexe, âge, niveau socio-économique... « En général, [ils] correspondent à des hypothèses et interviennent comme explication des conduites ou des opinions [c'est pourquoi] ils sont donc importants pour l'analyse ».

➤ Les questions de comportements :

Elles portent sur les pratiques des interrogés (que font-ils ?). On peut distinguer deux types de comportements en fonction du degré d'acceptabilité des comportements ciblés. Tout d'abord, « les comportements non gênants » pour lesquels on emploie des questions spécifiques dans lesquelles les demandes sont précises et ciblées. Les enquêtés n'ont *a priori* pas de « réticence » à y répondre. Puis, les « comportements gênants » pour lesquels on peut juger qu'une réponse est « socialement désirable ou socialement indésirable » (selon la morale et les valeurs). Il s'agit donc d'éviter le « biais de désirabilité sociale » en veillant à la formulation des questions. Il faut établir un « climat permissif » induisant que toute réponse est acceptable socialement.

➤ Les questions d'opinion :

Elles portent sur les « opinions, attitudes, satisfactions, préférences, croyances et motivations », en d'autres termes sur ce que pensent les enquêtés. Pour ce type de questions, il faudrait éviter les questions binaires en « oui/ non » où l'on peut répondre sans trop de réflexion et préférer les formes multiples (échelles unidimensionnelle graduée ou bipolaire).

➤ Les questions de connaissances :

Elles portent sur les « savoirs » des enquêtés. Pour ce type de question, il faut se prémunir du sentiment d'ignorance que peut ressentir l'interrogé lorsque qu'il ne connaît pas la réponse et d'une tendance naturelle à répondre au hasard. Pour cela, la réponse « je ne sais pas » doit être proposée.

➤ Les questions d'anticipation et d'intention :

Elles interrogent les enquêtés sur leurs projets mais ne permettent pas d'obtenir des « prévisions valides [...]. Le seul usage que l'on peut faire de ce genre de questions est d'observer la variation de pourcentages d'un groupe à l'autre. »

Dans notre questionnaire, les renseignements signalétiques permettront d'avoir une connaissance plus approfondie de la population interrogée mais ne permettront pas de répondre aux hypothèses posées.

Le recours aux questions de comportements et d'opinions est souhaitable puisque nous désirons interroger la pratique des orthophonistes et leur opinion personnelle.

Les questions de connaissances ne seront pas utilisées car nous envisageons d'interroger les orthophonistes davantage sur leur « savoir-faire » et « savoir-être » (connaissances cliniques) que sur leurs « savoirs » (connaissances théoriques). De même, les questions d'intention ne paraissent pas pertinentes pour notre étude.

2.2.3. L'agencement des questions

Pour N. BERTHIER (2011) il faut « abandonner l'ordre des thèmes et des hypothèses du projet de recherche pour construire un questionnaire avec une apparence de naturel pour le répondant. » Le questionnaire doit donner l'impression de « continuité et de cohérence ». De plus, dans un questionnaire auto-administré, l'utilisation de sous-titres annonceurs de thèmes différents est très appréciable.

Par ailleurs, il faut être vigilant à l'enchaînement des questions. Ainsi, on cherche à éviter « l'effet halo » ou « phénomène de contagion » qui correspond à la contamination d'une réponse sous l'effet d'une réponse à une question la précédant.

On peut également avoir recours à des « questions- filtres » permettant de ne pas interroger une personne n'étant pas concernée par le sujet ce qui risquerait de produire des données de « mauvaise qualité ».

2.2.4. La standardisation

N. BERTHIER (2011) nous rappelle que « le questionnaire construit comme instrument de mesure devra être standardisé, c'est-à-dire qu'il placera tous les sujets dans la même situation. » Ainsi, aucune question ne doit être ajoutée, supprimée ou modifiée au cours de la passation et on ne doit pas fournir d'explications supplémentaires.

En ce qui concerne notre enquête, le questionnaire est standardisé puisqu'il est strictement le même pour tous les enquêtés, à l'exception des interrogés qui auront répondu négativement à la question filtre et pour lesquels le questionnaire se terminera prématurément.

En revanche, au sujet de la standardisation de la passation de notre questionnaire, il n'est pas possible de contrôler les conditions de passation compte tenu du choix d'un questionnaire auto-administré (lieu, temps...).

2.3.Réalisation du questionnaire et pré- tests

Afin de tester notre questionnaire, nous l'avons soumis à trois personnes « juges » possédant les mêmes critères d'inclusion et d'exclusion que ceux de l'échantillon. Le contact s'est établi par téléphone afin d'exposer les modalités de l'étude et l'intérêt de notre mémoire. Le questionnaire a été formalisé dans un document de traitement de texte et envoyé par voie électronique (pièce jointe d'un courriel).

Ce pré-test a permis les modifications suivantes :

- Diminuer la longueur du questionnaire (initialement : le temps de passation était estimé à 45 minutes pour 40 questions + 9 questions signalétiques et 4 questions filtres).
- Introduire plus de questions ouvertes pour favoriser l'expression libre des participants.
- Supprimer certaines questions ne portant pas sur les hypothèses formulées.
- Formuler certaines questions de manière plus directe et réduire leur longueur.

2.4.Diffusion du questionnaire

Nous faisons le choix de diffuser le questionnaire par voie électronique par souci de praticité. De plus, plutôt que d'envoyer notre questionnaire, réalisé sur un document de traitement de texte, joint à un courriel électronique, nous décidons de créer un site internet pour héberger notre questionnaire. . Un courriel explicatif est donc envoyé à notre population avec le lien du site internet sur lequel se trouve le questionnaire.

Ce choix résulte de deux raisons essentiellement. D'une part, cela permet de garder l'anonymat, d'autre part, cela permet un gain de temps pour l'enquêté qui se voit dispensé de bon nombre de manipulations informatiques.

Par ailleurs, l'utilisation de l'outil Internet, notamment pour recueillir des informations personnelles, requiert le respect de droits et de devoirs régulés et contrôlés par la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) (*cf annexes 11, 12, 13*) c'est pourquoi nous décidons d'insérer dans notre courriel, les liens informatiques de la CNIL pour que les participants puissent en être alertés.

2.5.Présentation des questions du questionnaire final

Cf Annexe 14. Le questionnaire envoyé aux orthophonistes

Ce questionnaire comprend :

	Questions Ouvertes	Questions fermées à choix multiples	Questions fermées à choix unique	Total
Question filtre			1 (F1)	1
Questions de comportements	5 (Q14, Q15, Q20, Q23, Q25)	5 (Q1, Q13, Q18, Q22, Q24)	3 (Q2, Q19, Q21)	13
Questions d'opinions	6 (Q5, Q7, Q8, Q10, Q12, Q17)	1 (Q16)	5 (Q3, Q4, Q6, Q9, Q11)	12
Renseignements signalétiques	1 (P1)	3 (P2, P3, P4)		4
Commentaires à propos de l'étude	2 (T1, T2)			2
Total	14	9	9	32

Parmi ces questions, certaines sont rendues « obligatoires »* (il est impossible d'envoyer un questionnaire sans y avoir répondu) alors que d'autres sont facultatives et dépendent de réponses fournies aux questions qui les précèdent.

3. Mode de traitement des données

Notre étude est exploratoire et descriptive. Elle recueille exclusivement des données qualitatives. L'analyse de ces données va différer selon la forme des questions.

3.1. Analyse statistique (questions fermées)

En ce qui concerne l'analyse des réponses aux questions fermées, nous procéderons à une analyse statistique. Notons toutefois que certaines de nos variables qualitatives sont à modalité ordonnable (pouvant être classés, hiérarchisées) et d'autres à modalité non ordonnable (MARTIN, 2012), dans ce cas on parle de variables nominales (catégories).

Pour les variables qualitatives nominales, on procède à un dénombrement des individus appartenant à une classe/ catégorie. La présentation des données se fait en fréquences absolues et relatives (exprimées en pourcentages) et sous forme graphique de camembert. On ne peut pas établir d'indicateur central ni d'indicateur de dispersion pour ce type de données.

Pour les variables qualitatives ordinales, on procède également à un dénombrement mais selon une appartenance exclusive à des classes ordonnées. La présentation des données se fait en fréquences absolues, cumulées, et relatives (exprimées en pourcentages) et sous forme de diagramme en bâton (ou barres). L'indicateur central est celui du mode (classe modale offrant la plus grande fréquence). Notons que si les données montrent plusieurs classes d'effectifs supérieurs aux effectifs des classes voisines, on parle d'une distribution multimodale (bimodale, tri-modale, etc...) alors que dans le cas contraire on parle de distribution unimodale.

3.2. Analyse de contenu (questions ouvertes)

En ce qui concerne l'analyse des réponses aux questions ouvertes, il va s'agir de faire des recoupements et de dégager des grands thèmes selon leur fréquence d'apparition. Ainsi, « les réponses sont diverses par leur formulation mais se classent toujours dans quelques concepts-clés. L'essentiel est de trouver ces concepts. » MUCCHIELLI (1993). Cela consiste donc à transformer les données brutes du corpus recueilli en variables qualitatives nominales. Un calcul des fréquences absolues et relatives pourra être réalisé ultérieurement, mais il n'est pas certain qu'il soit pertinent. (Cf *annexe 15: Tableaux de recueil des réponses aux questions ouvertes et leur regroupement thématique*)

4. Précautions méthodologiques

4.1. Le biais de l'échantillonnage

Tout d'abord, les orthophonistes répondant à notre étude le font volontairement, or « les répondants volontaires ne peuvent représenter les non-répondants : ceux qui répondent ont des chances d'être différents, plus motivés et intéressés, d'avoir des « choses à dire »... » (N. BERTHIER, 2006).

De plus, nous n'avons pas pris en compte dans notre échantillon deux sous-groupes possédant les mêmes critères d'inclusion et d'exclusion, à savoir : les orthophonistes formées lors de la session 2013 (délai temporel) et les orthophonistes formées au Programme Lidcombe à l'étranger, s'il y en a eu (difficulté d'informations et de prises de contact).

4.2. Le biais du moyen de diffusion

Nous avons fait le choix de diffuser le questionnaire par le média Internet ce qui peut avoir pour conséquence d'écarter de l'étude des personnes peu enclines à l'outil Internet. Pour autant, la voie électronique représente le moyen le plus commode et simple de diffusion et il convient à de nombreuses personnes (gain de temps), c'est pourquoi nous décidons de garder ce mode de fonctionnement malgré un biais possible.

4.3. Le biais des non- réponses

N. BERTHIER (2011) nous rappelle qu' « un faible taux de réponses (rapport entre le nombre de répondants à l'enquête et le nombre de répondants potentiels) introduit des erreurs et réduit la fiabilité de l'enquête. » De ce fait, un taux important de non- réponses peut biaiser les résultats de l'étude. Même s'il n'existe pas de normes, il est admis que « quand les taux [de répondants] atteignent 70 à 80%, on peut estimer que l'analyse ne pose pas de problème. »

Par ailleurs, « les organismes de recherche établissent des échantillons de façon que le plus petit sous- groupe dépasse 30 sujets. » (N. BERTHIER, 2011) En d'autres termes, l'analyse statistique est possible à partir de 30 participants.

Malgré ces biais, les données qui seront obtenues pourront être analysées. En revanche, ils devront être rappelés lorsqu'il s'agira de tirer des conclusions.

➤ Hypothèses opérationnelles

HO1 : Les réponses apportées aux questions Q4, Q5, Q6, Q7 et Q8 permettront de confirmer/ infirmer un usage différent des outils thérapeutiques (les renforcements et les mesures du bégaiement sont utilisés de façon systématique et structurée).

HO2 : Les réponses apportées aux questions Q13, Q14, Q15, Q16, Q17, Q18, Q22 permettront de confirmer/ infirmer une modification dans les compétences même de l'orthophoniste : coaching parental (formation, résolution de problèmes et motivation) et une responsabilité accrue.

Secondairement, les réponses aux questions : Q1, Q2, Q3, Q9, Q10, Q11, Q12, Q19, Q20, Q21, Q23, Q24 et Q25 apporteront des éléments d'interprétation des résultats obtenus.

1. Analyses des données et traitement des hypothèses opérationnelles

Le taux de participation s'élevant à 50%, soit 20 participants, la significativité statistique n'est pas envisageable.

Cependant, afin de traiter nos hypothèses de départ, il est possible de dégager des tendances grâce à l'analyse de certaines de nos questions. Une analyse plus qualitative de ces données pourra secondairement être réalisée en procédant à des recoupements d'informations de manière transversale.

Avant de commencer ces analyses, la population interrogée est présentée ci-après.

1.1. Analyse de la population répondante

Afin de mieux connaître la population enquêtée, deux éléments relatifs à la formation ont été interrogés : l'année d'obtention du CCO (P1) et les autres formations reçues (P2). Le but était de mettre en corrélation les réponses apportées dans l'étude en regard d'éventuels profils. Cependant, les réponses à ces questions ne révèlent pas de profils particuliers, en d'autres termes, notre population paraît équilibrée et « homogène ».

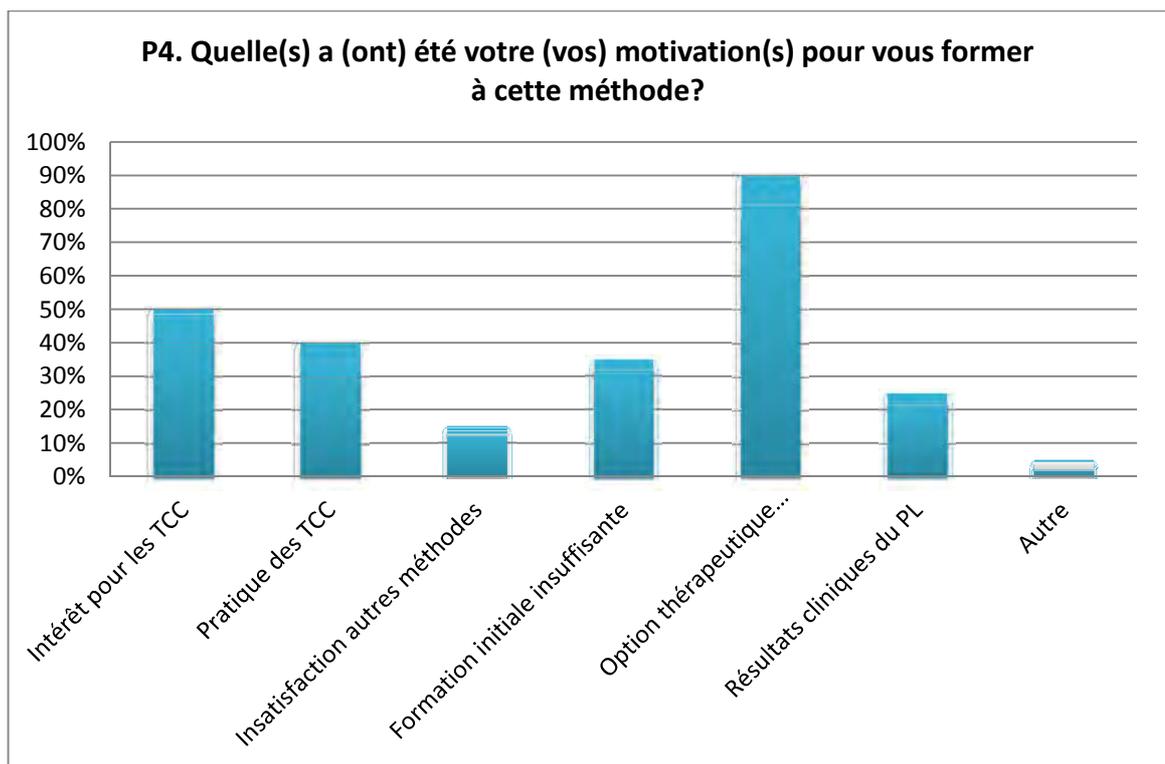
Ainsi à la question P1, l'année de formation ne semble pas révéler de réelles tendances mais une part plus importante d'orthophonistes formée dans les années 2000, et, dans une moindre mesure, dans les années 80.

Années de formation	Fréquences absolues	Fréquences relatives
Années 70	2	10%
Années 80	7	<u>35%</u>
Années 90	2	10%
Années 2000	9	<u>45%</u>

A la question P2, l'ensemble des répondants a déjà suivi une (des) formation(s) continue(s) en orthophonie (100%) et seulement une minorité dans d'autres domaines : 10% en linguistique et 5% en neuropsychologie. Dans la rubrique « autres » : deux participants mentionnent avoir obtenu un DU « bégaiement » mais nous considérons que cela entre dans le domaine de l'orthophonie. De même, un participant a suivi une formation en psychanalyse ce qui pourrait figurer dans l'item « psychologie ».

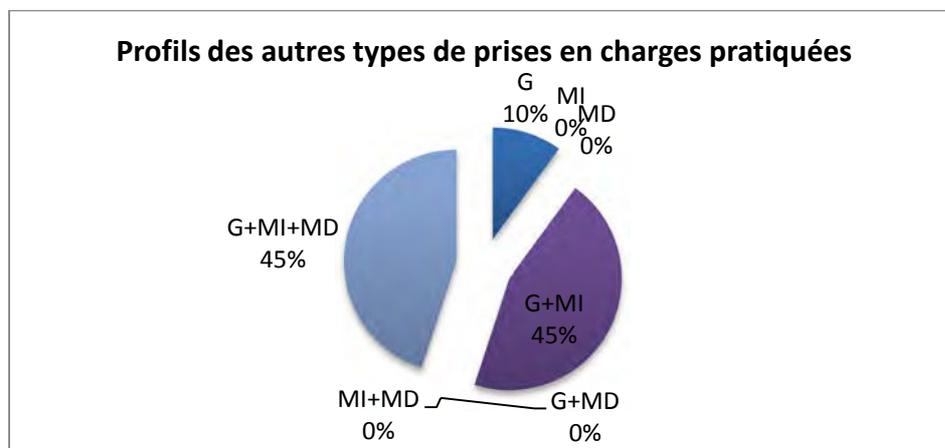
La question P3 interrogeait les participants sur le ou les média(s) leur ayant permis de connaître le PL. La majorité (60%) a reçu l'information par le biais d'un(e) collègue. Aussi, presque la moitié (45% dont 15% ayant répondu « autres » mais qui ont été rattachés à l'item « formation ») a été informée lors de formations ce qui pourrait témoigner d'une forte propension à la formation continue, au désir d'échanger et de communiquer à propos d'autres formations, etc... ce qui semble un processus « génératif » et tout à fait favorable à la profession. En résumé, 95% des orthophonistes ont reçu l'information de manière verbale, ce qui met en évidence des rencontres entre professionnels sûrement fréquentes leur permettant de faire circuler des informations et d'échanger sur leur pratique.

Concernant la ou les motivation(s) des professionnels à se former (P4), presque l'ensemble de notre population (90%) souhaitait avoir une option thérapeutique supplémentaire et la moitié (50%) possédait un intérêt pour les méthodes comportementales et/ ou la psychologie cognitive (*cf graphique ci-après*).



La question Q1 se proposait d'interroger les orthophonistes sur les autres méthodes de prise en charge pratiquées (actuellement ou anciennement) en dehors du PL. La guidance parentale est pratiquée (ou a été pratiquée) par l'ensemble de notre population (100%), et, dans une moindre mesure, les méthodes directes (90%). Les méthodes indirectes sont (ou ont été) pratiquées par un peu moins de la moitié (45%).

Les profils des répondants sont présentés dans le graphique suivant qui illustre bien les profils majoritaires :



G= Guidance parentale ; MD= Méthodes Directes ; MI= Méthodes Indirectes.

Les questions Q2 et Q3 avaient pour objectif de renseigner sur la fréquence d'utilisation du PL par les orthophonistes et sur leur degré de satisfaction. Deux données que nous pensions corrélées. Concernant la fréquence d'utilisation, la majorité (65%) répond « oui, souvent ». Si nous y ajoutons la réponse « oui, parfois » (35%) cela correspond à 95% des répondants utilisant au moins « parfois » le PL. Par ailleurs, en ce qui concerne leur satisfaction, la majorité (55%) considère les premiers résultats de l'application de la méthode comme étant « encourageants ». Si nous y ajoutons ceux qui les considèrent « satisfaisants » (40%), nous retrouvons 95% des professionnels. Aucun orthophoniste n'est déçu par la méthode. Ces données sont intéressantes dans la mesure où les répondants pratiquent effectivement le PL et sont, de ce fait, à même d'en parler. De plus, le fait qu'ils n'aient pas été déçus par la méthode induit qu'ils vont avoir un regard critique mais positif.

Ces trois dernières questions mettent en lumière la relative homogénéité de notre population qui nous conforte à analyser la suite des questions sans établir de sous-catégories comme il est parfois pertinent de le faire.

1.2. Analyse quantitative et traitement des hypothèses opérationnelles

1.2.1. Les différences du PL mises en avant par les orthophonistes

A la question Q4. « *Pensez-vous que le PL est une méthode de prise en charge fondamentalement différente des méthodes classiquement pratiquées en France ?* » la majorité des participants répond « Oui, plutôt » (55%). De plus, l'ensemble des orthophonistes répond positivement (100% : « oui, plutôt » ou « oui, tout à fait »).

La question Q5. « *En quoi se différencierait-elle des autres méthodes ?* » avait pour objectif de mettre en évidence ce que les orthophonistes avançaient en première intention (c'est-à-dire sans être « influencé(e)s » par un choix multiple) comme principales différences. Les thèmes majoritairement mentionnés sont : « des parents actifs et impliqués » (40%), « une intervention directe où le travail porte sur la forme » (40%), la notion de « cadre » (35%), la notion de « conditionnement » et de « méthode opérante » (30%), le « comptage » et l'aspect quantitatif et objectif (30%).

1.2.2. L'aspect systématique et structuré des outils thérapeutiques

A la question Q6. « *Estimez-vous que les renforcements sont des outils thérapeutiques nouveaux dans la pratique orthophonique ?* » la majorité (55%) répond « non, pas vraiment » et personne ne répond « non, pas du tout ». Cependant, nous pouvons noter que presque la moitié répond positivement (45% : « oui, tout à fait » et « oui, plutôt »). Notre population semble ainsi plutôt partagée.

	Fréquences Relatives (FR)	FR cumulées	MODE
« Oui, tout à fait »	25%	25%	« Non, pas vraiment » 55%
« Oui, plutôt »	20%	45%	
« Non, pas vraiment »	55%	100%	
« Non, pas du tout »	0%	0%	
Pas d'opinion	0%		
TOTAL	100%		

La question Q7 « *Si vous estimez qu'ils ne sont pas « nouveaux », observez-vous néanmoins une différence dans leur utilisation telle qu'elle est préconisée par le PL ?* » s'adressait aux orthophonistes ayant répondu négativement à Q6 et envisageait de faire apparaître l'aspect structuré et systématique formulés dans notre hypothèse. Les trois thèmes majoritairement énoncés sont : l'aspect systématique et le « comptage » (42%), le conditionnement par le biais des renforcements (33%), la parole envisagée comme la cible des renforcements (33%).

A la Q8. « *Concernant les mesures régulières du bégaiement, réalisées quotidiennement par le(s) parent(s) et de façon hebdomadaire par l'orthophoniste, quel(s) commentaires auriez-vous à faire ?* » un thème apparaît plus massivement. Il s'agit de l'idée d'une « meilleure appréhension de l'évolution du bégaiement et une meilleure objectivité » (40%). Les autres thèmes évoqués sont beaucoup plus marginaux.

Au vu des éléments mis en lumière par ces réponses, nous constatons que les orthophonistes considèrent le PL comme une méthode de prise en charge différente de ce qui est classiquement pratiqué en France. Les différences majoritairement évoquées sont l'implication des parents et leur activité (VS passivité), le type d'intervention (directe) et son objet (la forme), ainsi que les moyens mis en œuvre : cadre, conditionnement, comptage, ceci illustrant l'aspect quantitatif, objectif et cadrant de la méthode.

Par ailleurs, les renforcements ne sont pas considérés comme des outils thérapeutiques « nouveaux » mais leur utilisation, telle que le préconise le PL, se distinguerait par un aspect systématique (comptage), une cible différente : la parole, ainsi qu'un objectif différent : le conditionnement.

Enfin, les mesures apparaissent être un élément permettant l'évaluation au cours du temps et l'objectivité.

De ce fait, l'hypothèse opérationnelle HO1 : « les réponses apportées aux questions Q4, Q5, Q6, Q7 et Q8 permettront de confirmer un usage différent des outils thérapeutiques (les renforcements et les mesures du bégaiement sont utilisés de façon systématique et structurée) » tend à être vérifiée. Par ailleurs, d'autres éléments sont apparus lors du recueil de ces réponses mais ils seront analysés ultérieurement, de façon qualitative.

1.2.3. Les difficultés rencontrées lors de l'utilisation du PL

A la question Q13. « *Avez-vous rencontré des difficultés concernant : la méthode ? Les parents ? L'enfant ?* », nous notons que 70% des répondants ont rencontrés des difficultés avec les parents et 55% avec la méthode. Nous relevons également qu'une minorité (15%) n'a rencontré « aucune » difficulté.

A la question Q14. « *Si vous avez rencontré des difficultés qu'elles étaient-elles ?* » plusieurs thèmes apparaissent. Concernant la méthode, deux idées sont mises en avant : l'aspect rigoureux que le programme impose nécessite une adaptation (43,75%) et l'inconstance liée aux difficultés rencontrées sur la durée (37,5%). Concernant les parents, leur problème d'intégration de la méthode est évoqué par 31,25% des répondants. Aussi, pour un quart d'entre eux, une gêne liée à l'aspect ludique ou artificiel ressenti par les parents, ainsi qu'un manque de rigueur des parents, sont avancés.

Parce que le PL est « facile » et simple en théorie mais parce qu'il demande une individualisation pour chaque patient, nous pensons que les orthophonistes rencontreraient des difficultés dans la pratique, ce qui a pu être confirmé lors de Q13. La majorité des orthophonistes rencontre des difficultés avec les parents et avec la méthode.

De plus, les difficultés rencontrées avec les parents attirent davantage notre attention puisque leur formation est un élément que nous pensons être nouveau. Parmi les raisons invoquées (Q14), le manque d'intégration de la méthode (aspect cognitif et/ou difficulté de formation par l'orthophoniste pourraient en être la cause), la gêne ressentie par le(s) parent(s) lors de l'administration de la thérapie (aspect psychologique) et le manque de rigueur (aspect psychoculturel) sont les aspects majoritairement mis en évidence.

Afin d'«orienter» la réflexion des orthophonistes sur les obstacles qu'ils ont pu rencontrer lors de la collaboration avec les parents, nous avons proposé, en seconde intention, un choix multiple, et ce dans le but de pallier un manque éventuel de renseignements de leur part. Ainsi, à la question Q18, la majorité a rencontré un manque d'implication et/ ou de motivation chez les parents (70%), une incompatibilité avec le mode de vie : emploi du temps, fratrie, etc... (65%) et des résistances (psychologique et/ou intellectuelle) de la part des parents (55%). Les problèmes de cadrage/recadrage n'ont été rencontrés que par une faible moitié (40%) et seulement un quart des orthophonistes a été confronté à l'appréhension ou

l'anxiété liée à la réussite d'administrer la thérapie (25%). Personne n'a rencontré aucun obstacle.

La confrontation entre Q13 et Q18 est intéressante puisque nous avons vu que 15% n'ont pas rencontré de difficultés (Q13) alors que personne ne rencontre aucun obstacle (Q18). Nous pouvons alors nous demander s'il s'agit d'un problème d'acceptation des termes « difficulté » et « obstacle » qui ne sont pas envisagés comme renvoyant à la même réalité ou bien, s'il s'agit d'un problème lié à la différence question ouverte/ fermée : problème d'évocation ou à l'inverse problème d'influence lié au choix multiple.

De même, la confrontation entre Q14 et Q18 montre qu'en première intention les difficultés données ne sont pas les mêmes que celles qui sont proposées dans le choix multiple.

1.2.4. Les changements impliqués par l'utilisation du PL : compétences nouvelles requises ?

Pour tenter de répondre à cette question, la question Q22 formule explicitement le questionnement et apporte des éléments de réponses (choix multiples) mais nous souhaitons aussi que les orthophonistes mettent à jour les stratégies qu'ils avaient mis en place spontanément pour pallier les difficultés rencontrées dans la pratique (Q15) car nous considérons que cela apporterait aussi des éléments de réponse.

A la question Q22. « *Selon vous, quel(s) changement(s) l'utilisation d'une telle méthode (PL) implique pour la pratique orthophonique ?* », trois changements sont majoritaires : « avoir des compétences de 'coaching' (formation et résolution de problèmes) » (65%), « redéfinir les rôles (l'orthophoniste forme le parent qui administre la thérapie à son enfant) » (60%), « avoir une attention aiguë des mécanismes et interactions en jeu pour s'assurer que le parent administre la thérapie de façon sécurisée et efficace » (60%).

A la question Q15. « *Quelle(s) stratégie(s) avez-vous mise(s) en place afin de résoudre ces difficultés si cela était possible ?* » seulement un peu plus de la moitié des orthophonistes a répondu (N=13). Cette question avait pour objectif de relever les capacités des professionnels à s'adapter au mieux en vue d'assurer un succès de la thérapie. Les stratégies les plus récurrentes sont : individualiser le programme en adaptant « techniquement » la méthode (38,5%), faire une pause/ décaler dans le temps la thérapie (31%), modéliser (31%).

L'ensemble de ces questions avait pour objectif d'interroger les orthophonistes sur les difficultés et les obstacles rencontrés lors de l'utilisation du PL, quelle qu'en soit la cause. En effet, nous supposons que son usage requerrait des compétences nouvelles que le professionnel devrait acquérir en pratique, afin d'assurer le succès de la thérapie, par une individualisation du programme. Ainsi, ce succès serait assuré grâce aux capacités d'adaptation des orthophonistes qui créeraient des stratégies nouvelles en vue de permettre à tout patient et sa famille d'accéder à cette thérapie. Les compétences que nous pensions être nouvelles étaient celles du « coaching » parental, en termes de formation, résolution de problèmes et motivation.

D'une part, les difficultés et obstacles liés à l'utilisation du PL sont bien réels et concernent majoritairement l'utilisation de la méthode et la collaboration avec les parents. Ainsi, l'aspect rigoureux de la méthode nécessite une adaptation et la constance liée à la durée du traitement est difficile à tenir. En ce qui concerne les parents, les raisons invoquées en première intention sont liées à des aspects cognitifs (difficultés d'intégration de la méthode) et psychoculturels (gênes et manque de rigueur), celles évoquées en seconde intention recouvrent également les aspects cognitifs et psychoculturels (manque de motivation et résistances psychologiques et/ ou intellectuelles) mais apparaît aussi l'aspect environnemental : incompatibilité avec le mode de vie.

D'autre part, les moyens d'agir face à ces difficultés existent : il s'agit d'adapter « techniquement » la méthode, de passer par la modélisation, ou encore de jouer sur la donnée temporelle (décalage chronologique).

Enfin, lorsque nous induisons des changements dans les compétences de l'orthophoniste, les répondants sont d'accord pour reconnaître le « coaching parental » comme compétence nouvelle. Nous pouvons remarquer que la redéfinition des rôles des acteurs en présence est aussi soulignée. Elle semble non pas être une compétence en tant que telle mais une conséquence première du coaching.

Pour finir, une autre compétence est majoritairement reconnue. Il s'agit de l'attention portée à l'administration du traitement pour qu'elle soit réalisée de façon efficace et sécurisée. Il semblerait que cela renvoie d'une part à la notion de résultats (« efficace ») et d'autre part à la notion de responsabilité (« sécurisée »). Rappelons que l'efficacité ne semble être possible que si l'enfant vit la thérapie comme un moment agréable et gratifiant. Pourtant, s'assurer du vécu agréable de la thérapie par l'enfant n'est avancé comme compétence nouvelle que pour

une faible moitié. Il est possible que les participants aient surtout relevé l'aspect « sécurisée » dans cet item, c'est pourquoi nous le traitons en priorité ci-après.

1.2.5. La problématique de la responsabilité

La question Q16. « *Selon vous, en cas de difficultés voire d'échec, à quelle(s) entité(s) peut-on en attribuer la responsabilité ?* » a reçu peu de réponses. En effet, la majorité n'a pas répondu : 35% sont sans opinion et 20% ne répondent pas. Les personnes ayant répondu attribuent une responsabilité partagée entre l'orthophoniste et les parents (45%).

La question Q17. « *Dans quelle proportion et pourquoi ?* » reçoit, par conséquent, une majorité de non réponses (55%) : 25% refusent de répondre, 15% estiment ne pas avoir de recul suffisant et 15% n'ont pas rencontré d'échecs (ce qui est cohérent en regard de Q13 : 15% n'ont pas rencontré de difficultés). La part de responsabilité de chaque intervenant ne permet pas de conclure : 55% des 10 répondants ne répondent pas et les 4 restants ont un avis différent. En ce qui concerne les causes invoquées : 50% des 10 répondants mettent en avant le manque de disponibilité des parents (quelle qu'en soit la cause) et 40% mettent en cause des « *incompétences* » de l'orthophoniste.

Nous préjugions que la responsabilité du professionnel serait augmentée du fait de la formation d'un non professionnel à l'administration d'une thérapie du bégaiement. En effet, le professionnel « délègue », en quelque sorte, son action thérapeutique et « n'a plus » qu'un rôle de superviseur et de formateur : une part importante de la thérapie ne se réalise pas sous ses yeux. Cette problématique a été reçue de façon mitigée par les orthophonistes et ne nous permet pas de conclure à ce sujet. Plusieurs hypothèses pourraient apporter une explication à ce phénomène mais il est difficile de leur accorder crédit ou de les vérifier. Peut-être s'agit-il d'un problème lié à l'acception du terme « responsabilité » qui pourrait souffrir d'une connotation négative si on l'utilise dans le cadre d'une relation thérapeutique. Peut-être que la distance temporelle et intellectuelle est encore insuffisante pour mener une réflexion sur ce sujet-là. Peut-être que ce sujet n'intéresse pas les professionnels qui souhaitent allouer leur énergie et leur réflexion à d'autres préoccupations.

Par conséquent, l'hypothèse opérationnelle HO2 : « les réponses apportées aux questions Q13, Q14, Q15, Q16, Q17, Q18, Q22 permettront de confirmer une modification dans les compétences même de l'orthophoniste : coaching parental (formation, résolution de problèmes et motivation) et une responsabilité accrue » tend à être vérifiée en partie seulement.

1.3. Analyse qualitative et recoupements des données

Au-delà du traitement de nos hypothèses de départ, ce questionnaire a mis à notre disposition des informations riches qu'on tente d'analyser ci-après.

1.3.1. La problématique de la pré-sélection des patients

Le PL étant très structuré à la base, et de ce fait, assez contraignant, nous pourrions raisonnablement penser que les orthophonistes établissent une pré-sélection des patients et de leur famille s'ils estiment que ce programme ne pourra pas être mis en place et mené à terme avec succès. En effet, dans quel but proposer une solution que nous supposons vouée à l'échec si ce n'est pour décourager et décevoir les patients. Si tel est le cas, il est donc intéressant d'interroger les professionnels sur les critères choisis pour sélectionner les patients « éligibles » ou « non éligibles » à un tel programme (Q10). Cela permet de sonder, en pratique, les capacités du professionnel à cerner au mieux les besoins et le fonctionnement de chaque famille dans le but d'assurer le succès d'une prise en charge, en décidant par exemple d'une thérapie plutôt qu'une autre, et cela révèle ainsi de son bon sens clinique. *A contrario*, nous pourrions aussi penser que le PL est tout à fait « individualisable » et que le professionnel doit tout mettre en œuvre pour le rendre accessible à chaque patient.

A la question Q9. « *Pensez-vous que certains patients et leurs parents soient plus 'éligibles' à ce programme que d'autres ?* » la majorité (85%) pense que « oui ». Seul un répondant n'a pas d'avis sur la question.

A la question Q10. « *Si 'oui', sur quel(s) critère(s) vous basez-vous pour proposer préférentiellement la méthode à une famille plutôt qu'à un autre ?* » le thème majoritairement évoqué est celui de la disponibilité des parents (29%). Rappelons qu'elle a été mise en avant lors de la Q17 comme principale cause de responsabilité parentale en cas de difficultés voire d'échec, même si cela correspondait à l'expression de quelques répondants seulement.

D'autres facteurs, plus minoritaires, apparaissent. Ils concernent les parents (le manque de motivation (*cf Q18*), le manque de rigueur (*cf Q14*), une relation compliquée au jeu et au plaisir (*cf Q14*), une difficulté de « lâcher prise » (*cf Q18*), des capacités cognitives insuffisantes pour intégrer la méthode (*cf Q14*), une exigence éducative accrue), l'enfant (la présence de troubles associés) et les deux parties (des problèmes relationnels parents-enfants). Tous ces éléments sont mis en avant comme incompatibles avec l'application du PL.

En revanche, d'autres aspects semblent favorables à la proposition préférentielle du PL comme thérapie du bégaiement. Il s'agit d'aspects concernant les autres méthodes de prise en charge (insuffisance des autres méthodes et incapacité ou refus de changements de la communication familiale tel qu'on les préconise dans la guidance parentale et les méthodes indirectes), d'aspects concernant les parents (inquiétude parentale et demande parentale) et de facteurs propres au bégaiement de l'enfant (durée du bégaiement de l'enfant et influence de la parole bégayée des parents).

En résumé, la grande majorité des orthophonistes pré- sélectionne les patients en se basant sur différents critères. Le recrutement des patients avait été considéré seulement par une minorité des orthophonistes comme relevant d'un changement nécessaire pour l'utilisation du PL (Q22). Cette différence entre Q10 et Q22 pourrait résulter du fait que cette pré- sélection fait partie d'une pratique courante de l'exercice orthophonique et de ce fait n'est pas reconnue comme un changement. Nous pourrions aussi supposer que les termes « recrutement » et « éligibilité » des patients ne renvoient pas à la même réalité pour les interrogés.

Par ailleurs, parmi les critères avancés dans le choix de proposer ou non le PL, le critère le plus massivement évoqué est celui des parents, véritables pivots dans cette prise en charge et par conséquent majoritairement pris en compte dans le choix du thérapeute. Les éléments psychoculturels, cognitifs et environnementaux réapparaissent comme nous avons pu les observer aux questions Q14 et Q18.

Enfin, il est intéressant de constater que l'analyse de ces facteurs-là, par le professionnel, semble une étape préliminaire quasi constante. En d'autres termes, l'étape de pré-sélection semble ancrée dans la pratique orthophonique et précéderait chaque début d'intervention. Pourtant, ces mêmes éléments demeurent encore présents lors de l'étape qui suit (la thérapie) puisqu'ils sont encore responsables de difficultés et d'obstacles rencontrés par les orthophonistes interrogé(e)s (Q14 et Q18).

1.3.2. La relation établie avec le(s) parent(s)

A la question Q11. « *Pensez-vous que la relation établie avec les parents dans le cadre d'une prise en charge Lidcombe, est différente de ce à quoi vous étiez 'habitué(e)' avec d'autres méthodes ?* » presque la moitié (45%) répond « oui, plutôt » et une majorité répond positivement (65%). Notons toutefois qu'une faible moitié répond « non, pas vraiment » (30%) ce qui montre que la population est un peu divisée sur ce point même si le « oui » l'emporte majoritairement.

	Fréquences Relatives (FR)	FR cumulées	MODE
« Oui, tout à fait »	20%	20%	« Oui, plutôt » 45%
« Oui, plutôt »	45%	65%	
« Non, pas vraiment »	30%	95%	
« Non, pas du tout »	5%	100%	
Pas d'opinion	0%		
TOTAL	100%		

Par ailleurs, si nous mettons en parallèle la question Q22, nous trouvons 60% d'orthophonistes interrogé(e)s estimant que la « redéfinition des rôles » est un élément désigné comme un changement nécessaire pour l'utilisation du PL. De même, la moitié des répondants a mis en avant un changement dans la façon d'appréhender la relation parent(s)-orthophoniste (Q24) ce qui peut sous-entendre un changement de cette même relation. Ces deux observations semblent être plutôt corrélées au 65% de réponses positives de Q11.

A la question Q12 « *Si oui, de quelle manière et comment vivez-vous cette différence ?* » seulement 13 personnes ont répondu. Deux thèmes sont cités majoritairement (39%) : « le parent devient acteur » (*cf* Q5) et la notion d'alliance thérapeutique. Cette dernière s'illustre, par exemple, par les propos suivants « créer un lien dans une relation horizontale » ou « le thérapeute n'est plus celui qui 'sait' ».

D'autres aspects sont aussi mis en évidence mais de façon plus marginale. Ils intéressent les parents (l'auto-évaluation des parents et le renforcement positif des parents eux-mêmes), et les deux parties : parent(s) et orthophoniste (la transmission de savoirs et la complicité).

Pour conclure, la relation établie avec le(s) parent(s) est, pour la plupart des orthophonistes, différente. Elle se différencie principalement par un équilibre entre l'action de l'orthophoniste et celle du parent qui se trouve lui aussi en position d'acteur et de ce fait, moins 'passif'. De plus, cette relation horizontale bénéficie d'une coopération plus importante entre les deux parties, de l'ordre de l'alliance thérapeutique. Dans une situation idéale, tous les acteurs de cette intervention ont un objectif commun et allient leurs forces pour y parvenir.

1.3.3. Vers un transfert de nouvelles compétences ?

Nous avons pu observer (Q22) que les orthophonistes reconnaissent avoir développé des compétences nouvelles en utilisant le PL, celles principalement du « coaching » des parents et de la sensibilité à être attentif à ce que la thérapie soit réalisée de manière efficace et sécurisée. De plus, les professionnels ont mis en œuvre des stratégies leur permettant de faire face aux difficultés qu'ils pouvaient rencontrer : la modélisation, l'adaptation « technique » de la méthode ainsi que le décalage dans le temps. La question Q23 les a interrogés sur la manière dont ces changements ont été vécus. Seulement 12 interrogés ont répondu, parmi eux, la moitié vit ces changements positivement et un tiers dit que cela est un apport intéressant qui donne à réfléchir. D'autres points, plus minoritaires, sont abordés. Il s'agit de : l'aspect efficace de l'outil (PL), l'amélioration de la relation avec la famille, le fait d'être plus armé et accompagné, la plus grande reconnaissance du statut de l'orthophoniste et enfin, le sentiment de coacher une équipe.

La question Q24 avait pour but d'évaluer si l'utilisation du PL a changé l'appréhension des orthophonistes et si ce changement peut avoir une incidence au-delà de la prise en charge individuelle du bégaiement de l'EAP. Presque l'ensemble des répondants (90%) dit que la formation et l'utilisation du PL ont changé sa façon d'appréhender la prise en charge précoce du bégaiement et la moitié pense que cela a changé sa façon d'appréhender la relation parent(s)- orthophoniste (55%) et sa pratique orthophonique en général (50%). Seulement un participant dit ne pas avoir été influencé dans sa façon d'appréhender les choses. Il paraît donc évident que le PL a, d'une certaine façon, remodelé la pratique de ces professionnels.

La question Q25 « *De quelle façon ou en quoi cela a-t-il changé?* » a permis de mettre en lumière l'élargissement d'une telle pratique aux autres pathologies pour 31% des professionnels, en d'autres termes un transfert de compétences. De plus, pour la même proportion, une ouverture d'esprit et/ou un changement de point de vue a pu être observé.

Presque un quart des participants dit posséder un outil supplémentaire, avoir une démarche qui permet d'y arriver, agir de façon plus directe. Autant de qualificatifs qui illustrent les possibilités nouvelles qui leur sont offertes.

D'autres changements sont avancés. Ils concernent la méthode en elle-même, à savoir le fait de partir du positif et le fait d'être plus cadrant. Ils concernent aussi le professionnel qui serait lui-même plus impliqué dans la réussite d'une thérapie du bégaiement, qui serait satisfait de constater une amélioration de la relation avec l'enfant et avec les parents, qui apprécierait l'autonomie ainsi offerte au(x) parent(s) et enfin, qui aurait un regard différent sur les parents. Il est assez aisé d'observer que tous ces changements sont positifs.

La question Q19 a interrogé les professionnels sur les réticences et/ ou résistances qu'ils ont pu ressentir quant à l'utilisation du PL, au cours du temps. Cela a pour but de questionner les orthophonistes sur leurs représentations à propos des méthodes comportementales et de savoir si celles-ci ont évolué au fil du temps, grâce ou à cause de la formation et de la pratique d'une telle méthode. La majorité (60%) a ressenti, à un moment, des réticences à l'utilisation de cette méthode. Pour presque la moitié (45%) avant la formation, pour 10% au début de l'utilisation de la méthode et pour un participant seulement, encore parfois. En revanche, une faible moitié (35%) n'a eu aucune réticence à utiliser une telle méthode.

Rappelons également que 5 participants évoquaient spontanément avoir changé de point de vue et/ou avoir acquis une plus grande ouverture d'esprit (*cf Q25*), ce qui va dans le sens des résultats observés à Q19 et fournit la preuve de la capacité des professionnels à se remettre en question et à faire une auto- critique.

La question Q20 a sollicité les orthophonistes à témoigner de leurs éventuelles réticences. Seulement 8 participants y ont répondu. Le thème majoritairement évoqué est celui de se centrer sur la forme (parole) plutôt que sur le fond (communication). D'autres inquiétudes sont citées. Elles intéressent essentiellement la méthode : l'aspect rigide, l'aspect coercitif, le conditionnement, la focalisation unique sur le symptôme et pas sur le patient, et

enfin, les effets sur le long terme. D'autres aspects sont évoqués comme : les échos négatifs qui avaient été reçus ou encore l'appréhension du professionnel quant à l'efficacité.

La question Q21 tient lieu de bilan et interroge les orthophonistes sur le degré de liberté qu'ils peuvent prendre par rapport à une méthode très encadrée. Nous pouvons noter que seulement une faible moitié (30%) dit pratiquer le PL de manière « stricte » et parmi ceux-ci, un seul participant dit pratiquer exclusivement le PL, les autres ayant recours à d'autres méthodes « concurrentes ». La majorité (65%) pratique donc le PL en association avec d'autres méthodes, c'est-à-dire utiliserait le PL à leur façon, sans respecter strictement le déroulement en stades, les mesures, etc... et y « injecterait » d'autres méthodes quand cela leur paraîtrait pertinent. Le degré de liberté des orthophonistes est ainsi mis en lumière et témoigne de leur adaptabilité. Rappelons que le PL doit être individualisé lorsqu'il le faut et que pour cela aucune « règle » n'est pré- établie.

La formation et la pratique du PL a fait évoluer de manière positive les représentations des orthophonistes quant aux méthodes comportementales (Q19, Q20). Elles leur ont permis de développer de nouvelles compétences pour la prise en charge précoce du bégaiement qui ont été transférées à d'autres types de prise en charge (Q25). Ceci a été vécu positivement et a permis un support à la réflexion (Q23) ainsi qu'une ouverture d'esprit (Q25). Il apparaît que le PL a apporté des éléments nouveaux aux orthophonistes. En effet, leur pratique actuelle a été remodelée par le PL mais, en partie seulement, puisque l'on voit qu'il est surtout pratiqué en parallèle et en étant associé à d'autres méthodes (Q21). Ceci rend compte de la capacité des professionnels à puiser dans les méthodes qui leur sont proposées pour réaliser des prises en charges les plus individualisées qu'il soit en vue d'obtenir une réussite.

1.3.4. Les thèmes récurrents

Grâce aux questions ouvertes, des thèmes ont pu émerger et ce, de manière récurrente, c'est pourquoi il paraît intéressant d'en faire une analyse.

Nous pouvons noter que deux notions apparaissent de façon récurrente au cours de ce questionnaire. Il s'agit de la motivation d'une part et de la rigueur d'autre part. Ainsi, en cas d'insuffisance, elles seraient responsables de difficultés voire d'échecs (Q10) et par voie de conséquence apparaîtraient comme un des critères de pré-sélection des patients (Q17). Mais alors que la rigueur est envisagée comme une donnée imposée par le programme dont il s'agit

de s'accommoder (Q14), la motivation, est, elle, envisagée comme le moteur de la thérapie et peut revêtir l'aspect d'une stratégie à part entière, déployée par l'orthophoniste (Q15) et pourrait également être entretenue par des signes objectifs (Q8).

Par ailleurs, les parents sont très souvent cités. Ce qui les caractérise le plus souvent sont les notions d'action et d'implication. Leur action est considérée comme une résultante de la mise en application du programme tandis que leur implication est envisagée comme une condition nécessaire à la réussite de cette application (ex : Q8).

Aussi, il apparaît assez fréquemment au cours de ce questionnaire que le PL est une base intéressante qui permet la réflexion (Q8 et Q23). Les orthophonistes mettent aussi en avant les stratégies de « se questionner » et de « mieux se préparer » en cas de difficultés (Q15) ce qui semble illustrer cette réflexion induite par l'utilisation du PL. La conséquence qui semble directement liée à cela est le changement de point de vue des professionnels sur le bégaiement, sur les parents et sur leur pratique (Q5 et Q25).

Un autre élément, plutôt récurrent, est celui des difficultés rencontrées à partir d'un certain temps. En effet, au-delà d'une appréhension liée aux résultats que pouvaient avoir une méthode comportementale sur le long terme (Q20), la durée du traitement semble être une exigence difficile à respecter (Q8 et Q14). Nous pouvons donc comprendre pourquoi le stade 2 du PL peut être difficile à mettre en place (Q14). En effet, la rigueur s'amenuise et s'épuise sans doute au fil du temps, bien que, comme nous l'avons vu précédemment, il s'agisse d'une donnée fondamentale du PL dont il s'agit de s'accommoder.

Signalons un autre aspect qui est revenu plusieurs fois. Il s'agit des facteurs relatifs au bégaiement de l'enfant (Q17 et Q10) ou aux troubles associés au bégaiement (Q10). En effet, ces données ont une influence dans la thérapie mise en place pour traiter le bégaiement et peuvent être à la source de difficultés importantes.

Enfin, en ce qui concerne la méthode en elle-même, il est intéressant d'observer que deux notions ont été avancées comme différences principales du PL par rapport aux autres méthodes (Q5) et comme changement principal dans la pratique des orthophonistes (Q25). Il s'agit de l'aspect cadrant de la méthode et de l'aspect direct de ce type d'intervention. Cela signifie que les professionnels se sont appropriés les caractéristiques principalement différentes du PL et les ont intégrés à leur pratique actuelle. Par ailleurs, l'aspect systématique, quantitatif et objectif de la méthode (comptages des renforcements, mesures du

bégaiement) est mentionné plusieurs fois (Q5 et Q7) mais semble pouvoir être source de difficultés (Q8) car il n'est pas évident de rester objectif même si cela reste « sécurisant » (Q5) et « rassurant » (Q8).

1.3.5. Les thèmes marginaux

D'autres thèmes, moins représentatifs, sont également apparus dans notre corpus. Il s'agit d'observations faites à propos des parents qui semblent être « déculpabilisés » (Q5) et « renforcés positivement » (Q10) ce qui paraît aller dans le sens d'une amélioration de l'estime de soi. Aussi, ils peuvent « s'auto-évaluer » et deviennent « autonomes » (Q10). Ces nouvelles compétences acquises par les parents vont également dans le sens d'une amélioration de l'estime de soi et renforce l'idée précédemment exposée de parents « acteurs » qui peuvent désormais s'investir pleinement dans la thérapie du bégaiement de leur enfant.

Concernant l'enfant, deux points, plutôt négatifs, sont livrés (Q14). Tout d'abord le fait que l'enfant puisse « s'ennuyer » et « s'impatienter » lorsque l'orthophoniste donne les instructions aux parents. Puis, le fait qu'il puisse avoir des réactions inattendues suite aux commentaires délivrés à propos de sa parole. Par exemple, « un enfant qui supporte mal les commentaires positifs » ou « des enfants peu sensibles aux renforcements : TDA, perfectionnisme, ou ceux qui prennent peu en compte l'interlocuteur ».

Enfin, concernant l'orthophoniste, d'autres notions apparaissent à propos de la spécificité de leur action dans cette intervention. Il est mis en avant par exemple qu'ils partent du positif (Q25) et qu'il s'agit de communiquer et d'expliquer aux parents pour leur permettre de mieux appréhender les choses (Q15). Par ailleurs, en cas de difficultés, pouvant être dues, par exemple, à une mésalliance thérapeutique (Q17), il s'agirait d'arrêter le traitement (Q15) ou d'établir un recadrage des parents (Q8), comme illustré ci-après : « bien repréciser les choses » ou « cela permet de reposer les choses avec les parents ». Cette notion a aussi été mise en évidence lors de la question Q18.

2. Synthèse et discussion

2.1. Synthèse

Parce que la population interrogée était plutôt équilibrée notre analyse s'est basée sur un groupe unique et nous n'avons pas établi de sous-groupes.

L'analyse des réponses a mis en évidence que le PL apparaît comme une méthode différente du fait de l'implication des parents et des aspects relatifs à une méthode comportementale (cadre, conditionnement, comptage, etc...), ce qui rend cette approche plus objective et quantitative. Ainsi, le rôle joué par le(s) parent(s) dans ce programme et les aspects comportementaux sont les principales différences relevées par les orthophonistes.

De plus, les outils thérapeutiques du PL (renforcements et mesures) ne sont pas considérés comme étant « nouveaux » mais leur utilisation serait différente, c'est-à-dire plus systématiques et objective, ce qui tend à vérifier HO1. L'utilisation de ces outils renverrait aussi à un conditionnement dont la cible serait nouvelle : la parole.

Par ailleurs, la pratique du PL en séances d'orthophonie a fait naître certaines difficultés en lien avec la méthode elle-même. Elle serait très rigoureuse ce qui requerrait de s'adapter et cette rigueur serait d'autant plus difficile à respecter dans le temps. De plus, les parents, pilier de ce programme, ont pu représenter des obstacles à l'application du PL du fait de leur constitution personnelle (psychoculturelle et cognitive) et de leur mode de vie. Ces difficultés ont fait émerger des stratégies particulières, notamment le fait d'adapter la méthode, de modéliser ou de différer dans le temps le programme. Par ailleurs, les orthophonistes reconnaissent que l'utilisation du PL requiert des changements dans leur pratique et modifie leurs compétences. Le « coaching » parental est reconnu comme capacité nouvelle, ainsi que la redéfinition des rôles qui en est une conséquence directe. Ceci tend à vérifier le premier tenant de HO2 : modification des compétences. Pour corroborer cette hypothèse, il a été mis en avant que la relation établie avec le(s) parent(s) différerait dans le cadre d'une prise en charge Lidcombe. Cette différence se caractériserait par une relation horizontale où le parent est « acteur » et où l'on tend à une alliance thérapeutique. Par ailleurs, il a été très positif de constater que le PL pouvait remodeler la pratique de l'orthophoniste qui n'hésite pas à transférer ses nouvelles compétences à d'autres types de prise en charge. De même, le transfert peut aussi s'établir en sens inverse dans la mesure où le professionnel s'octroie un degré de liberté suffisant par rapport au PL en lui associant aussi d'autres

méthodes de prise en charge. Ce phénomène témoigne de la capacité du professionnel à sélectionner les moyens pertinents pour une prise en charge donnée, ce qui confère à la thérapie du bégaiement son aspect nécessairement individualisé.

En outre, il n'a pas été possible de conclure sur le deuxième tenant de HO2 : une responsabilité accrue. En effet, moins de la moitié des orthophonistes a répondu à ce sujet-là.

Enfin, l'analyse de thèmes récurrents corrobore en partie nos hypothèses. Ainsi, la motivation, l'implication des parents, l'aspect systématique et cadrant, sont des thèmes très fréquemment abordés. Par ailleurs, d'autres thèmes n'ont pas fait l'objet de nos hypothèses mais sont aussi rappelés très fréquemment. Il s'agit de la réflexion engendrée par l'utilisation du PL et du changement de point de vue qu'il peut amener, de la difficulté liée à la durée du traitement et des aspects relatifs à l'enfant (son bégaiement et les éventuels troubles associés).

2.2. Discussion

Bien que l'ensemble de ces résultats ait permis de faire apparaître nettement des tendances parmi les professionnels interrogés, il conviendrait de les nuancer pour différentes raisons.

Tout d'abord, quelques oppositions, si minimes soient-elles, apparaissent parmi les répondants. Ainsi, à la question Q8 certains ont mis en avant que les mesures étaient faciles à utiliser pour les parents alors que d'autres ont dit l'inverse. De même, à la question Q12, un répondant aborde la « transmission de savoirs » alors qu'un autre dit : « le thérapeute n'est plus celui qui sait ». La disparité entre les répondants met en évidence le fait de se garder de tirer des conclusions trop hâtives et ce, d'autant plus quand l'échantillon est relativement faible. Elle illustre aussi que chaque thérapeute a sa propre expérience et que tous les cas rencontrés sont différents ce qui sous-tend que la reproductibilité n'est pas toujours évidente et que tous les possibles sont à envisager. Toutefois, l'aspect important à retenir est la cohérence des réponses données par chaque répondant. Celle-ci est tout à fait respectée puisque nous ne relevons aucune contradiction chez un même participant. Par ailleurs, nous pouvons émettre l'hypothèse que la formulation des questions induit parfois ce genre de disparités. En effet, la question Q8, par exemple, est floue et trop large.

Puis, les résultats sont à nuancer aussi du fait que nos conclusions n'ont pu aboutir à cause d'un taux important de non-réponses aux questions Q16 et Q17 qui portaient sur la responsabilité en cas de difficultés, voire d'échecs. Ce thème est apparu comme gênant pour

les professionnels et ce, malgré que des précautions méthodologiques aient été prises pour veiller à la formulation des questions et à ce que les interrogés ne se sentent pas jugés.

Aussi, n'oublions pas le biais de l'échantillonnage. En effet, les participants ayant répondu à notre étude étaient volontaires. De ce fait, on peut estimer qu'ils ne sont pas nécessairement représentatifs. Par exemple, aucun des participants n'a été déçu par le PL (Q3). Le biais de non-réponses est également à prendre en compte : un taux de participation de 50% n'est pas suffisant pour établir une significativité statistique.

Enfin, d'autres éléments sont apparus fréquemment dans cette étude et n'étaient pas compris dans nos hypothèses. Pour autant, leur importance est quasiment équivalente. Par ailleurs, d'autres éléments, plus minoritaires, sont ressortis et doivent être pris en compte du fait d'une étude qualitative et non quantitative.

CONCLUSIONS

1. Synthèse globale et traitement des hypothèses théoriques

La prise en charge du bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire est une priorité dans l'exercice orthophonique et revêt un caractère « urgent » face auquel les professionnels doivent être bien armés. Pour cela, il paraît pertinent de s'ouvrir aux différentes possibilités qui nous sont offertes, et d'oser pratiquer différentes méthodes de prise en charge dans le but de mettre à disposition des patients des moyens thérapeutiques les plus adaptés et efficaces qu'il soit.

Dans ce mémoire, nous avons choisi de nous intéresser au Programme Lidcombe parce qu'il bénéficie de validations scientifiques en termes d'efficacité et de « sûreté ». Cette technique diffère des autres modes de prise en charge du fait qu'elle est comportementale et du fait qu'elle est basée sur la formation des parents à l'administration de la thérapie. Ces deux éléments ont donc été envisagés comme « nouveaux » pour la pratique de l'orthophoniste et pouvant modifier voire ouvrir son champ de compétences. Cela nous a conduits à l'élaboration de deux hypothèses :

- HT1 : La modification porte sur un usage différent des outils thérapeutiques : les renforcements et les mesures du bégaiement sont utilisés de façon systématique et structurée.
- HT2 : La modification porte sur les compétences même de l'orthophoniste : le « coaching » parental (formation, résolution de problèmes et motivation) et une responsabilité accrue.

Le questionnaire élaboré pour tester nos hypothèses et adressé aux orthophonistes français formés à cette méthode dans le but de les interroger sur leur pratique et leur opinion à propos du Programme Lidcombe a recueilli 20 réponses ce qui n'a pas permis d'établir de significativité statistique mais de dessiner des tendances.

L'analyse de nos réponses a mis en évidence que le PL se distinguait des autres méthodes principalement par ses aspects comportementaux (conditionnement, comptage, etc...) et par l'implication des parents dans le programme. Aussi, une utilisation différente des outils thérapeutiques (renforcements et mesures) a été relevée. Ils seraient utilisés de façon

plus systématique et objective ce qui tend à vérifier HT1. Par ailleurs, le « coaching » parental a été reconnu comme compétence nouvelle chez l'orthophoniste ainsi que la redéfinition des rôles des acteurs en présence qui est une conséquence directe de la première. En revanche, l'augmentation de la responsabilité du professionnel n'a pas pu être mise en évidence c'est pourquoi HT2 tend à être vérifiée en partie seulement.

Ainsi, notre problématique de départ était d'étudier **en quoi l'utilisation du programme Lidcombe pour la prise en charge orthophonique du bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire modifie la pratique professionnelle de l'orthophoniste**. Au vu des résultats obtenus lors de cette étude, nous pouvons raisonnablement penser que la pratique professionnelle de l'orthophoniste est modifiée à la fois par des usages différents : plus de cadre, de rigueur, de systématisme et d'objectivité dans l'utilisation de renforcements et de mesures du bégaiement, et par une compétence nouvelle : le coaching parental. Ce dernier passe notamment par la motivation, la modélisation et l'adaptation de la méthode.

Deux éléments révélés par cette étude semblent importants à retenir. Tout d'abord, la forte implication des parents dans le programme et la nécessité de construire une relation de confiance et de proximité, de l'ordre de l'alliance thérapeutique, pour permettre d'aboutir au même objectif final. Puis, les difficultés que le professionnel peut rencontrer pour « coacher » certains parents. Elles sont multiples et parfois difficiles à surmonter lorsqu'elles portent sur des conditions de base : la disponibilité, la motivation et la rigueur. Pour mener à la réussite, ces conditions doivent être réunies.

Notons que notre étude a achoppé sur un point : le thème de la responsabilité. La problématique de la responsabilité en cas d'échec paraît être le point sur lequel nous ne pouvons tirer de généralités du fait de la diversité des cas rencontrés en pratique.

Enfin, l'aspect positif de l'étude est d'avoir pu mettre en évidence les capacités des orthophonistes à sélectionner différents moyens thérapeutiques, puisés dans différentes méthodes et compétences professionnelles, pour élaborer des prises en charge tout à fait individualisées. Aussi, il semble que l'efficacité d'une thérapie dépende de la prise en compte des spécificités du patient et de sa famille et, de ce fait, l'individualisation des prises en charge semble être la clé du succès. En d'autres termes, le soin est garanti par les qualités cliniques du professionnel qui peut transférer ses connaissances et compétences à souhait. Les méthodes sont au service du professionnel et non pas l'inverse

2. Critiques

2.1. Limites théoriques

Tout d'abord, le bégaiement est une pathologie complexe et sans étiologie unique, c'est pourquoi il a été difficile d'en faire une revue exhaustive compte tenu de l'espace imparti dans un mémoire de recherche en orthophonie.

Par ailleurs, du fait qu'il n'existe pas de « théorisation » des pratiques et des compétences orthophoniques, la partie théorique de ce mémoire n'a pas pu faire l'objet d'une explicitation à ce sujet. Peut-être aurait-il fallu faire une étude statistique préliminaire sur les pratiques et ce, à grande échelle, mais ce travail-là nous renvoie à une contrainte de faisabilité. Il en découle que nos hypothèses théoriques, bien que plutôt pertinentes, relèvent plutôt d'une intuition et de bon sens.

De plus, le programme Lidcombe est une méthode qui a été pensée et formulée en langue anglaise et qui est imprégnée de la culture anglo-saxonne. De ce fait, il est possible que certaines représentations culturelles et que la barrière linguistique aient biaisées notre compréhension des tenants et des aboutissants de la méthode. De même, nous sommes conscients de l'influence du contexte socio-culturel sur la manière dont une méthode spécifique est pratiquée. Ainsi, en interrogeant des professionnels français qui utilisent une méthode anglo-saxonne dans un contexte socio-culturel français, nous supposons que des différences subtiles mais inévitables existent sans qu'on puisse nécessairement les identifier.

Enfin, choisir d'interroger les professionnels sur leur pratique et leur opinion n'est pas une chose facile car c'est un thème délicat à aborder. En effet, il s'agit pour le professionnel d'oser se livrer sans avoir peur du jugement de ses pairs. Aussi, cela suppose d'avoir eu l'occasion et le temps de prendre du recul sur sa pratique et de s'être remis en question ce qui, d'une part n'est pas un exercice aisé, et d'autre part, est rendu difficile compte tenu du peu de distance temporelle (méthode pratiquée depuis moins de deux ans).

2.2. Limites méthodologiques

En ce qui concerne le mode de diffusion du questionnaire, plusieurs difficultés se sont présentées. Un temps important a dû être consacré à l'élaboration du site hébergeant notre questionnaire (pas de formation à cela) et au recueil des données. En effet, considérant que

l'outil internet pouvait être incertain, à un moment donné nous avons choisi, par précaution, de reconstituer tous les tableaux de recueil des données (dépendance liée à l'outil internet). Par ailleurs, un inconvénient s'est présenté aux répondants puisque l'enregistrement des réponses n'a pu se faire que si le questionnaire était rempli dans son ensemble, donc il leur a été impossible de fractionner la passation. Enfin, dans le but de contrôler le nombre de passations, nous avons demandé aux orthophonistes un mail de confirmation car la passation étant anonyme, nous ne disposions pas du nom des répondants et nous souhaitions éviter par exemple un double enregistrement lié à une erreur informatique. Ceci a représenté une manœuvre supplémentaire pour le répondant ce qui explique sûrement pourquoi cela n'a pas été fait de manière systématique.

Au sujet de la conception de l'outil, c'est-à-dire du questionnaire, il a été créé dans sa globalité et de ce fait revêt certains défauts puisqu'il s'agit d'une expérience inaugurale. Tout d'abord, les questions ouvertes manquaient dans notre questionnaire initial c'est pourquoi, lors du pré-test, il nous a été suggéré d'en intégrer davantage. Cependant, ces questions ont sûrement demandé un temps majoré pour y répondre (élaborer une réponse informative, claire et concise, ce qui n'a pas été toujours le cas des réponses recueillies). De plus, cela a sans doute fait l'objet de difficultés pour les répondants au vu des réponses fournies : informations redondantes, « parasites », floues etc... Par ailleurs, certaines questions étaient gênantes (thème de la responsabilité), d'autres sûrement floues (donnant lieu à des réponses hors-sujet). Aussi, il nous a été reproché la redondance de certaines questions, ce qui peut néanmoins se justifier par l'idée d'apporter des éclairages divers sur une question et d'obtenir des informations de façon différente. En effet, les questions ouvertes n'aboutissent pas aux mêmes types de réponses que les questions fermées, tant sur le fond que sur la forme, et inversement. Enfin, même si nous avons tenté d'utiliser des termes et des tournures de phrases les plus neutres qu'il soit, et que nous avons fait attention à l'enchaînement des questions pour éviter l'effet « halo », nous ne sommes pas sûrs que certaines réponses n'aient pas été induites.

Concernant les résultats, le nombre de répondants n'a pas permis d'établir une représentativité statistique et de ce fait nous avons seulement pu établir des tendances. Cette étude aurait gagné à être réalisée sur un plus grand échantillon.

Enfin, l'analyse des données s'est avérée délicate pour les questions ouvertes dans le sens où il est difficile de ne pas extrapoler. En effet, l'analyse de contenu nous impose de

faire des regroupements mais jusqu'où peut-on aller dans l'interprétation des propos ? De plus, le regroupement thématique passe par la reformulation en un terme générique ce qui impose de gommer certaines différences qualitatives et, par conséquent, aboutit à un appauvrissement des données inévitable. Par ailleurs, la compréhension des réponses fournies n'est pas toujours aisée du fait, d'une part de la polysémie des termes (et des différences d'acceptions selon les locuteurs), et d'autre part, du fait de la perte des informations extralinguistiques (para-verbales et non- verbales) à l'écrit, qui nous aurait davantage renseignée sur l'intention du locuteur et auraient apporté beaucoup de sens supplémentaire. Pour finir, il a été difficile de tirer des conclusions concernant certaines questions qui ont récolté une minorité de réponses, et pour lesquelles, l'extrapolation est encore plus redoutable.

3. Perspectives : apports et prolongements de l'étude

Nous espérons que notre étude pourra contribuer à la formation des orthophonistes en les rendant moins « hostiles » à la prise en charge du bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire. En effet, les professionnels sollicités par notre étude ont témoigné d'une expérience positive et ont recueilli des résultats satisfaisants ce qui conduit à penser que le PL est un outil fiable et efficace. De plus, certaines compétences nouvelles ont pu être développées et transférées à d'autres domaines ce qui témoigne d'un phénomène génératif pour l'expérience professionnelle.

Aussi, les difficultés rencontrées ont, la plupart du temps, trouvé des réponses grâce aux capacités d'adaptation des professionnels qui pourraient être considérées comme une compétence inhérente à la pratique orthophonique.

Par ailleurs, même si les orthophonistes ont évoqué avoir eu quelques réticences avant l'utilisation de la méthode, voire au début de son utilisation, ces craintes ne demeurent plus à ce jour. Il paraît donc regrettable que cette méthode n'ait pas encore trouvé meilleur écho auprès des orthophonistes français puisque cela prive les patients d'une prise en charge optimale. En effet, loin d'être une méthode miracle, le Programme Lidcombe, est un moyen thérapeutique au service du professionnel, pour le soin des patients. De plus, la pratique française de ce programme montre que les orthophonistes s'accordent un degré de liberté par rapport à une méthode pré-établie et que la thérapie se co-construit en interaction avec les parents et l'enfant.

Pour finir, il paraîtrait opportun de prolonger cette étude compte tenu de l'intérêt témoigné par les orthophonistes participant à cette étude d'une part, et des données nouvelles qui ont été produites par cette étude d'autre part. En effet, il semble que cette étude ait été fructueuse puisqu'elle a permis de mettre en évidence que de nouvelles perspectives émergent dans la pratique orthophonique qui semble en constant mouvement.

Par ailleurs, il paraît toujours nécessaire et enrichissant de s'interroger et de mener une vraie réflexion sur ses pratiques et d'en faire une méta-analyse.

Ainsi, dans cette continuité, un point serait particulièrement pertinent à développer. Il s'agit de l'aspect insolite du rôle occupé par les parents dans ce programme. De ce fait, il pourrait être judicieux de mener une étude qualitative interrogeant les parents qui participent à ce dispositif compte tenu de la place primordiale qui leur est allouée. Un questionnement sur la mise en place d'une alliance thérapeutique dans le cadre de ce type de prise en charge pourrait être riche à conduire.

De même, dans le but d'enrichir nos connaissances dans ce domaine et de permettre aux professionnels de s'emparer d'outils thérapeutiques fiables et efficaces, une analyse quantitative portant sur les premiers résultats cliniques obtenus avec cette méthode, en France, serait intéressante à entreprendre. Cette étude pourrait être développée lorsque le recul nécessaire sera suffisant.

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000) : *Mini DSM-IV-TR, Critères diagnostiques*, Washington DC. Traduction française par GUELFY J.-D. et al (2004), Masson, Paris.

BEAUBERT C. (1994) : « Approches actuelles du bégaiement », *Glossa, Les cahiers de l'UNADRIO* n°39 : 30-35.

<http://www.bégaiement.org> Site internet de l'Association Parole-Bégaiement. Dernière visite le : 15.04.2013.

BERTHIER N. (2011) : *Les techniques d'enquête en sciences sociales : méthodes et exercices corrigés*, Collection Cursus Sociologie, Armand Colin, 4^{ème} édition, Paris.

BESSIS M. (1992) : « Traitement du bégaiement chez l'enfant et l'adulte : ses limites », *Entretiens d'orthophonie* : 115-125.

BIJLEVELD H.-A. (1992) : « Famille et bégaiement », *Entretiens d'orthophonie* : 108-114.

BOUCAND V. (2001) : « De retour de Northwestern », *Rééducation orthophonique* n°206 : 93-102.

BRIGNONE-MALIGOT S., LOFFREDO C., LOVERO S. (1996) : « L'utilisation des thérapies cognitivo- comportementales dans la rééducation du bégaiement », *Glossa* n°54 : 4-21.

CARIOU-ROGNANT A.-M., CHAPERON A.-F. et DUCHESNE N. (2007) : *L'affirmation de soi par le jeu de rôle en thérapie comportementale et cognitive*, Dunod, Paris.

COTTRAUX J. (2011) : *Les psychothérapies comportementales et cognitives*, collection médecine et psychothérapie, Elsevier Masson, 5^{ème} édition, Issy-Les-Moulineaux.

DALMAS A.-S. et DE VALENCE M. (2002) : *L'accompagnement parental de jeunes enfants à risque de devenir bègues : analyse sociologique de l'interaction parents/orthophonistes*, Mémoire en orthophonie, Lyon.

DE CHASSEY J. et BRIGNONE S. (2003) : *Thérapie comportementale et cognitive*, collection bégaiement : pratiques thérapeutiques, dirigée par Anne-Marie Simon, Ortho Edition, Isbergues.

DE SINGLY F. (1992) : *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire*, éditions Nathan, Paris.

DESCAMPS C. et DARCHEVILLE J.-C. (2009) : *Introduction aux neurosciences comportementales*, collection les Topos plus, Dunod, Paris.

DUMONT A. et JULIEN M. (2004) : *Le bégaiement*, Solar, Paris.

ESTIENNE F. (2004) : *Orthophonie et efficacité : les fondements d'une pratique*, Collection le monde du verbe, Solal, Marseille.

FORTIER-BLANC J. et BEAUCHEMIN M. (2000) : « Le rôle des parents dans le traitement du bégaiement », *Rééducation orthophonique* n° 203 : 19-30.

GHACIR M. (2011) : *Etude des facteurs d'efficience de l'accompagnement parental dans un trouble du bégaiement réalisée auprès de sept familles*, Mémoire en orthophonie, Nancy.

GAYRAUD-ANDEL M. et POULAT M.-P. (2011) : *Le Bégaiement : comment le surmonter*, Odile Jacob, Paris.

GEORGE F. (2009) : *Orthophonie pratique, pratique orthophonique*, Actes du colloque, Actualités en rééducation orthophonique, Solal, Marseille.

GOODHUE R., ONSLOW M., QUINE S., O'BRIAN S., HEARNE A. (2010): "The Lidcombe Program of early stuttering intervention: mothers 'experiences'", *Journal of Fluency Disorders* n°35:70-84.

HABIB M. (1989): *Bases neurologiques des comportements*, Masson, Paris.

HAFFREINGUE C. (2001) : « Synthèse de l'étude récente de E. Yairi et col. sur les facteurs prédisposant à la chronicisation du bégaiement chez le jeune enfant », *Rééducation orthophonique* n°206 : 53-62.

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* n°27: 203-214.

HAYHOW R. (1997): "The Lidcombe Programme: some reflections", *The journal of the Royal College of Speech and Language Therapists' Special Interest Group in Disorders of fluency*, Edition of "Signal".

HAYHOW R. (2009): "Parents' experiences of the Lidcombe Program of early stuttering intervention", *International Journal of Speech-Language Pathology* n°11: 20-25.

JONES M., ONSLOW M., PACKMAN A., WILLIAMS S., ORMOND T., SCHWARZ I., GEBSKI V. (2005): "Randomised controlled trial of the Lidcombe Programme of early stuttering", *British Medical Journal*, 331: 659-661.

KINGSTON M. (1997): "The Lidcombe programme comes to Britain: a new treatment for stuttering in young children is now being tried out in this country", *The Summer, issue of "Speaking out"*.

KOUSHIK S., SHENKER R., ONSLOW M. (2009): "Follow-up of 6-10-year-old stuttering children after Lidcombe Program treatment: A Phase I trial", *Journal of Fluency Disorders* n°34: 279-290.

- LAMBERT P.** (2006): « La plasticité cérébrale », *Sciences Humaines, Grands Dossiers n° 3*.
- LAMIAUX P.** (2005): *Bilan des bégaiements chez l'enfant de moins de 6 ans : orthophoniste, parents, enfant. Quels bilans- guidances ? Quelles voies emprunter ?*, Mémoire en orthophonie, Nantes.
- LATTERMANN C., EULER H., 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 n° 33*: 52-65.
- LAVARDE A.-M.** (2008): *Guide méthodologique de la recherche en psychologie*, Edition De Boeck Université, Bruxelles.
- LE HUCHE F.** (1998) : *Le bégaiement : option guérison*, Albin Michel, Paris.
- LESPINASSE-GODDARD B.** (1996) : « La rééducation orthophonique et les thérapies cognitives et comportementales », *Glossa n°54* : 22-26.
- LEVAVASSEUR E.** (2003) : *La place des parents dans les prises en charge orthophoniques des enfants de moins de 10 ans*, Mémoire en orthophonie, Nantes.
- MARTIN O.** (2012) : *L'enquête et ses méthodes : l'analyse de données quantitatives*, 2^{ème} édition, Armand Colin.
- MARVAUD J.** (2002) : « Le bégaiement de l'enfant : de l'expérience émotionnelle au symptôme somatique », *Rééducation orthophonique n°211* : 25-46.
- MARVAUD J.** (2001) : « Le bégaiement : hypothèses actuelles », *Rééducation orthophonique n°206* : 5-20.
- MARVAUD J. et SIMON A.-M.** (2001) : « A propos du bégaiement », *Rééducation orthophonique n° 206* : 21- 32.
- MAULTSBY M.** (1996) : « A propos de la thérapie rationnelle du comportement (RBT) applicable dans le traitement du bégaiement », traduction de Marie-Pierre Poulat et Frédérique Brin, *Glossa n°54* : 36-45.
- MAUME L.** (2004) : *Quelle(s) place(s) pour les parents dans la prise en charge orthophonique de leur enfant ?*, Mémoire en orthophonie, Strasbourg.
- MILLER B. & GUITAR B.** (2009): « Long-term outcome of the Lidcombe Program for early stuttering intervention”, *American Journal Of Speech-Language Pathology*, n° 18: 42-49.
- MIRABEL-SARRON C.** (2010) : « Les thérapies comportementales et cognitives : bases théoriques et indications », *Annales Médico-Psychologiques*.
- MONFRAIS-PFAUWADEL M.-C.** (1994) : « L'évaluation du bégaiement », *Glossa, Les cahiers de l'UNADRIO n°40* : 4-8.

MONFRAIS-PFAUWADEL M.-C. (2000) : *Un manuel du bégaiement*, collection le monde du verbe, Solal, Marseille.

MUCCHIELLI R. (1993) : *Le questionnaire dans l'enquête psycho- sociale*, Collection Formation Permanente en Sciences Humaines, ESF éditeur, 10^{ème} édition, Paris.

OKSENBERG P. (2012) : « La prise en charge du bégaiement chez l'enfant d'âge préscolaire : prévention, suivi éventuel », *Entretiens d'orthophonie* : 137-144.

ONSLOW M. and MILLARD S. (2012): « Palin parent child interaction and the Lidcombe Program: clarifying some issues”, *Journal of Fluency Disorders* n°37: 1-8.

PAILLE P. et MUCCHIELLI A. (2005) : *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Armand Colin, Paris.

PIERART B. (2011) : *Les bégaiements de l'adulte*, collection Psy évaluation mesure diagnostic, éditions Mardaga, Liège.

QUEMENER C. (2002) : *Le rôle de l'environnement familial dans la rééducation du jeune enfant bègue*, Mémoire en orthophonie, Nantes.

REY-LACOSTE J. (1997) : *Le bégaiement : approche plurielle*, Collection d'orthophonie, Masson, Paris.

REY-LACOSTE J. (2001) : *Histoire d'un bégaiement*, Masson, Paris.

ROBERT D. A. et BOUILLAGUET A. (1997) : *L'analyse de contenu*, collection Que sais-je ?, Presses Universitaires de France, 1^{ère} édition, Paris.

ROUSSEAU I. et ONSLOW M. (2002) : « L'approche Lidcombe : programme d'intervention pour les enfants d'âge préscolaire », *Rééducation orthophonique* n° 211 : 63-74.

ROUSSEAU I. (2004) : « Manuel du programme Lidcombe : un programme d'intervention précoce pour le bégaiement », extraits traduits du *The Lidcombe program of early stuttering intervention: a clinician's guide*, ONSLOW M., PACKMAN A. & HARRISON E., 2003, Pro-Ed, Texas: Austin. Tiré du site « orthophonie.fr ».

SEERY C., WATKINS R., MANGELSDORF S. and SHIGETO A. (2007): “Subtyping stuttering II: contributions from language and temperament”, *Journal of fluency disorders* n° 32: 197-217.

SCHELSTRAETE M.-A. et coll. (2011) : *Traitement du langage oral chez l'enfant, Interventions et indications cliniques*, Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux.

SHAPIRO D., MOLT L., LINDBERG A., REICHEL I., OHASHI Y., SIMON A.-M., MARKS M. (2001): « Le traitement du bégaiement : son approche selon différents pays, influences diverses et leçons générales », *Rééducation orthophonique* n°206 : 113-126.

SIMON A.-M. (1992) : « Très jeunes enfants bègues ou disfluents (à risque de devenir bègue) Evaluation-intervention précoce », *Entretiens d'orthophonie* : 137-152.

SIMON A. M. (1993) : « Attitudes de communication gauchies chez le sujet bègue : Approche thérapeutique pour un changement. », *Les cahiers de l'UNADREO n° 33*, 8-15.

SIMON A.-M. (1999) : *Paroles de parents : prévention du bégaiement et des risques de chronicisation*, collection bégaiement : pratiques thérapeutiques, Ortho Edition, Isbergues.

SIMON A.-M. (2004) : *Les approches thérapeutiques en orthophonie*, Tome 1, Chapitre 5 : « Traitement du bégaiement », Ortho Edition, Isbergues.

SIMON A. M. (2005) : « Bégaiement = Trouble de la communication où il n'est pas possible de séparer la partie haute et la partie basse de l'iceberg-bégaiement », *L'Orthophoniste* : 251.

<http://sydney.edu.au/health-sciences/asrc>. Site internet de l' Australian Stuttering Research Centre (The University of Sydney). Dernière visite le : 15.04.2013.

TEITLER- BREJON N. (2001) : « Troubles d'évocation de mots associés au bégaiement », *Rééducation orthophonique n°206* : 83-92.

VAN BORSEL J. (2000) : *Troubles du langage : bases théoriques, diagnostic et rééducation*, Chapitre 11 : « Troubles de la fluence », Mardaga, Liège.

VAN DER LINDEN M. & CESCHI G. (2008) : *Traité de psychopathologie cognitive : Bases théoriques*, Tome I, Collection Neuropsychologie, Solal, Marseille.

VAN HOUT A. et ESTIENNE F. (1996) : *Les bégaiements : histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements*, Masson, Paris.

VERA L., LEVEAU J. & VERA L.P. (2009) : *TCC chez l'enfant et l'adolescent*, Collection Pratiques en Psychothérapie, Masson, Issy-Les-Moulineaux.

YAIRI E. (2007) : "Subtyping stuttering I: a review". *Journal of fluency disorders n°32*: 165-196.

ANNEXES

Annexe 1. Les bégayages : aspects auditifs.

Annexe 2. Les comportements non-verbaux : aspects visuels.

Annexe 3. Les comportements spécifiques relevés chez la personne qui bégaie.

Annexe 4. Les six malfaçons de la parole bègue, LE HUCHE.

Annexe 5. Les troubles fréquemment associés au bégaiement.

Annexe 6. Hypothèses étiologiques sur le bégaiement.

Annexe 7. Critères de risque de chronicisation et indications de prise en charge.

Annexe 8. Les TCC (modèles).

Annexe 9. Les champs d'action des TCC.

Annexe 10. Etudes sur l'efficacité du PL

Annexe 11. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (JO)

Annexe 12. Responsabilités (CNIL)

Annexe 13. Les droits et libertés des enquêtés (CNIL)

Annexe 14. Le questionnaire envoyé aux orthophonistes

Annexe 15. Tableaux de recueil des réponses aux questions ouvertes et leur regroupement thématique.

Annexe 1. Les bégayages : aspects visuels.

- **Les répétitions** : il s'agit des dysfluences les plus fréquentes, tous locuteurs confondus. Elles se situent principalement en début de phrase et sur les mots porteurs de sens.
 - ***Répétitions de segments de phrase*** : assez fréquentes au niveau développemental (non pathologique), lorsque l'enfant accède à un stade syntaxique plus élaboré.
 - ***Répétitions de mots*** : « la répétition de mots est si fréquente, chez tous les locuteurs, qu'elle ne sera considérée comme de nature bègue que si le nombre d'instances est très élevé (plus de 5 chez l'enfant) et surtout si cette répétition montre des ruptures de rythme. » (MC MONFRAIS- PWAUWADEL, 2000)
 - ***Répétitions de mots monosyllabiques et syllabes*** : portent surtout sur les morphèmes grammaticaux (pronoms personnels, conjonctions de coordination...)
 - ***Répétitions de phonèmes*** : sont les dysfluences les moins fréquentes et les plus bègues. Chez les locuteurs non bègues, on estime la propension des répétitions de phonèmes et de tronçons de mot à 12% contre 63% chez les locuteurs bègues. Ce type de répétition disloque l'unité syllabique porteuse de sens et entraîne une immense perte d'informations pour l'interlocuteur qui se voit contraint à fournir un travail mental important pour parvenir à la compréhension du message.
- **Les blocages** :
 - ***En posture phonatoire et prolongations*** : la personne se trouve comme « figée » dans sa parole. Les mouvements articulatoires sont suspendus si bien qu'une tétanisation des muscles se produit, pouvant induire un tremblement de tous les muscles de la zone oro-faciale non recrutés d'ordinaire.
 - ***En posture pré-phonatoire et pauses tendues*** : produits avant même de parler. Ils seraient dus au serrage sphinctérien involontaire (contraction des trois replis) entraînant une accumulation de pression sous-glottique, menant à une explosion sonore. Selon CONTURE (1990, in MONFRAIS –PFAUWADEL 2000), « une seule occurrence de ce blocage pré- phonatoire signe sans conteste un bégaiement. »
- **La prolongation de phonème** : affectant le plus souvent les voyelles qui sont allongées parfois pendant plusieurs secondes. Ces allongements peuvent s'accompagner d'une montée de la hauteur vocale (LE HUCHE, 1998).

- **Les pauses remplies** : elles correspondent à des verbalisations produites lorsque le locuteur réfléchit à son futur discours, par exemple : « euh, mmm, qu'est-ce que je veux dire, etc... ». Elles servent de « régulateurs de discours » au même titre que les pauses simples (silencieuses). A l'inverse des pauses remplies vides de sens, les remarques parenthétiques sont des pauses remplies porteuses de sens, qui suivent le thème de l'échange. STARKWEAHTER (in MONFRAIS-PFAUWADEL, 2000) note que cette capacité à produire un « discours sur le discours [appelée] métadiscours semble curieusement manquer dès l'enfance au sujet bègue ».
- **Les coups de glotte et pauses intempestives** : « les coups de glotte audibles sont la traduction acoustique et phonologique des laryngospasmes. C'est un bruit d'explosion, comme une consonne [...] malheureusement, ces coups de glotte intempestifs peuvent parfois intervenir en plein milieu d'un groupe sémantique ou d'un mot et constituer la forme la plus simple de la pause passive : la césure asémantique. » (MONFRAIS – PFAUWADEL, 2000).
- **La respiration** : est en général plus courte et plus superficielle. Il peut se produire des blocages inspiratoires ou expiratoires, des reprises inspiratoires fortes et bruyantes, ou alors une réserve d'air insuffisante pour terminer la phrase commencée provoquant des reprises inspiratoires intempestives, en milieu de mots par exemple.
- **Le timbre** : il peut être altéré à cause du serrage vocal et de la tension du larynx, ce qui produit une voix rauque, serrée, parfois bitonale et un ton « criard ».
- **La hauteur** : serait en général plutôt aggravée. On note des irrégularités dans la hauteur vocale liées à un mauvais contrôle laryngé.
- **L'intensité** : des variations en termes d'intensité sont également relevées.
- **La prosodie** : il y aurait une diminution voire une absence de prosodie parce qu'il serait plus facile de parler en recto-tonal, la prosodie étant en lien avec le vécu émotionnel. Aussi, les attaques peuvent être dures, en coups de glotte audibles.
- **Les changements de rythme inopinés** : « la parole bègue est rapide, saccadée, marquée par un rythme à fortes coupures. Les variations du débit de la parole sont de règle. » (B. PIERART, 2011).

Annexe 2. Les comportements non-verbaux : aspects visuels.

- **Les syncinésies ou mouvements accompagnateurs** : « sont la diffusion de l'effort musculaire de la parole à d'autres muscles que ceux qui sont nécessaires à sa production. » (MONFRAIS- PFAUWADEL, 2000). Il peut s'agir de la contraction des muscles faciaux (front, paupières..), de mouvements des globes oculaires, de la tête, mais aussi de claquements de langue ou de protusion linguale.
- **La perte du contact visuel** : on estime que l'on regarde 30 à 40% du temps son interlocuteur lorsque l'on parle et 40 à 50% du temps lorsque l'on écoute. La communication passe donc par cet échange de regards c'est pourquoi la perte du contact visuel est problématique. Regarder son interlocuteur va permettre de prendre bon nombre d'informations afin de réajuster son discours dans l'échange (communication non-verbale).
- **L'état de sidération** : état durant quelques secondes, pendant lequel l'activité motrice semble suspendue (articulation, voix et souffle), mais certains signes comme « un léger frémissement des lèvres entrouvertes et de discrètes oscillations du tronc trahissent une tension intérieure » (LE HUCHE, 1998). Cet état de sidération, interrompant différentes séquences de parole, traduit un état de panique.
- **Les mimiques et la gestuelle**: elles seraient diminuées qualitativement et/ ou quantitativement.
- **La dilatation des ailes du nez** : témoigne d'une détresse respiratoire. Elle est « un des signes cliniques les plus précoces du bégaiement vrai chez l'enfant jeune. »
- **Les mouvements du corps et du tronc** : avancée de la tête et du cou, élévation des épaules, flexion de la colonne vertébrale, gestes des mains et des pieds.
- **Les signes vaso-moteurs** : rougeur, plaques, hypersialorrhée, hypersudation, pâleur, moiteur des mains...

Annexe 3. Les comportements spécifiques relevés chez la personne qui bégaie.

- **Les stéréotypies verbales** : interjections, mots, groupes de mots ou morceaux de phrases, produits de façon répétitive et involontaire, qui ne sont pas porteurs de sens et viennent nuire à l'intelligibilité du message. Elles peuvent donner l'impression que le sujet a une mauvaise maîtrise de la langue et pourtant il ne s'agit pas de troubles du langage.
- **Les mots d'appui** : ce sont des mots monosyllabiques produits pour éviter les pauses qui peuvent être considérée « à risque » de peur de ne plus pouvoir redémarrer.
- **Les substitutions verbales ou gestuelles** : il s'agit pour la personne bègue de remplacer un mot « redouté » par un autre mot ou par un geste.
- **L'absence d'autocorrection** : la parole « normale » étant imparfaite, le locuteur utilise des pauses actives pour corriger son propre discours sur sa forme et/ ou son fond. Pour M.-C. MONFRAIS – PFAUWADEL (2000), « cette flexibilité du discours est quasiment absente dès l'apparition des premiers symptômes chez les sujets bègues. »
- **Les rires nerveux** : sont les témoins de l'embarras et de la honte de parler.
- **Les gestes conjuratoires** : sont des gestes employés par la personne bègue pour l'aider à démarrer sa prise de parole (claquements de doigts, tapements de pied...). Il s'agit de dépasser un blocage de la parole d'ordre psychologique et non praxique. Ce type de comportements est typiquement bègue et témoigne de l'« organisation mentale sous-jacente » : le sujet est convaincu que ce geste l'aide à se sortir de son blocage. M.-C. MONFRAIS- PFAUWADEL parle de comportement « contra-phobique » en réaction à la peur de la prise de parole par anticipation.
- **Les évitements** : la personne bègue va contourner ses difficultés de parole en évitant certains mots, voire certaines situations de parole qu'elle considère être à risque. Ceci va donner un aspect inauthentique à sa parole et à sa pensée. Ce phénomène renvoie à la notion de bégaiement « intériorisé » : la personne parle de manière fluente mais sait-on seulement si ce qu'elle dit correspond bien à son idée de départ.

Annexe 4. Les six malfaçons de la parole bègue, LE HUCHE.

- **La 1^{ère} malfaçon** correspond à l' « **inversion du réflexe normal de détente au moment des difficultés de parole.** » Un mécanisme réflexe de détente se déclencherait normalement lors de dysfluences faisant ainsi baisser le niveau de tension. A l'inverse, chez la personne bègue, la rencontre de dysfluences va entraîner une augmentation de ces tensions.
- **La 2^{ème} malfaçon** est la « **perte du caractère automatique et spontané de la parole** ». La personne cherche des expédients à ses difficultés de parole (changer de mots, préparer une phrase à l'avance, ...) et perd ainsi le « centrage sur l'OREV » qui est l'objet référentiel de l'échange verbal.
- **La 3^{ème} malfaçon** est « **la perte du comportement tranquillisateur** ». Le comportement tranquillisateur, qui est le plus souvent un geste (geste de la main, sourire, ...), est adressé à l'interlocuteur pour le rassurer sur le fait que l'on est conscient de nos accidents de parole et que l'on va devoir reprendre notre production. Pour la personne qui bégaie, c'est comme s'il y avait un « déni » des bégayages, elle perd ce comportement de régulation de la communication.
- **La 4^{ème} malfaçon** est « **la perte de l'acceptation de l'aide** ». La communication est une co-construction. Ainsi, il n'est pas rare que notre interlocuteur nous vienne en aide si un mot nous manque ou si nous trébuchons sur un mot. Pour 60% des personnes bégayant cette intervention est mal acceptée contre 15% chez les personnes ne bégayant pas (PIETTE, in LE HUCHE, 1998).
- **La 5^{ème} malfaçon** correspond à « **la perte de l'auto-écoute différée** ». Cette capacité d'écoute de sa propre parole lors de son émission permet les auto-corrections si un mot est mal prononcé, mal choisi... 20% des personnes bègues auraient perdu cette capacité, comme s'ils avaient développé une « surdité sélective » concernant exclusivement leur parole. Dans ce contexte, il est donc difficile d'établir des réajustements.
- **La 6^{ème} malfaçon** est « **l'altération de l'expressivité** ». La personne qui bégaie est « enlisée » dans le contrôle de sa parole et écarte toute émotion pouvant venir désorganiser cette dernière. Or, l'émotion est ce qui rend dynamique la parole et comme nous l'avons cité précédemment, le non-verbal fait partie intégrante du message transmis.

Annexe 5. Les troubles fréquemment associés au bégaiement

Parmi les troubles concomitants au bégaiement, on retrouverait :

- **Des troubles moteurs, de la coordination, voire une dyspraxie** : dont les manifestations les plus fréquentes seraient une dyslatéralité ou une immaturité du schéma corporel et de l'organisation temporo- spatiale. De plus, 3 à 6% des enfants bègues seraient dyspraxiques. (GAYRAUD-ANDEL et POULAT, 2012).
- **Un trouble phonologique**: le retard phonologique serait le trouble concomitant ayant la plus forte prévalence. Pour autant, on ne saurait affirmer si ce trouble précède ou non le bégaiement et s'il le renforce ou non (PADEN et YAIRI, 1996 in HAFFREINGUE, 2001).
- **Un retard de parole et/ou un retard de langage** : la parole et le langage chez l'enfant qui bégaipe peuvent suivre un développement retardé ou au contraire avancé (précocité). Ce phénomène, qui peut sembler contradictoire, devrait être appréhendé en termes de « compétition » entre le développement de différents secteurs (fluence et capacités linguistiques) : « dans un système aux capacités limitées, une complexité qui devance celles des autres domaines, peut entraîner une limitation dans leur développement. » (HAFFREINGUE, 2001).
- **Un trouble de l'évocation lexicale** : les difficultés d'accès lexical ont fait l'objet de quelques études. Toutes mettent en avant une différence significative entre sujets bègues et non bègues, quel que soit le niveau d'analyse (traitement cognitif du langage, temps d'élaboration de la recherche lexicale, délai d'accès au lexique interne, association de mots à connotation affective, vitesse de traitement des informations sémantiques et leur encodage, vitesse d'évocation) mais ces difficultés ne se retrouvent pas chez tous les sujets bègues. Néanmoins, lorsque le trouble d'évocation lexicale existe, il majore l'aspect dysfluent du discours (TEITLER-BREJON, 2001).
- **Un déficit attentionnel** : selon E. CONTURE (in GAYRAUD-ANDEL et POULAT, 2012), 10 à 20% des enfants bègues présenteraient des troubles attentionnels avec impulsivité, liés ou non à une hyperactivité.
- **Des troubles d'ordre psychique ou psychiatrique** : cela renvoie à des troubles anxieux (se caractérisant par une anxiété généralisée, au-delà de l'anxiété liée à la prise de parole et qui peut aller jusqu'à la phobie, voire l'attaque de panique). Il s'agit aussi de TOC (troubles obsessionnels compulsifs) et/ ou de Tics.

Annexe 6. Hypothèses étiologiques sur le bégaiement.

❖ Explication psychanalytique

Pendant de nombreuses années, la psychothérapie analytique a été proposée pour traiter le bégaiement (GAYRAUD-ANDEL et POULAT, 2012). Selon cette approche, le bégaiement est envisagé comme un symptôme, c'est-à-dire un signe d'autre chose. Apparaissant lors de la période œdipienne, il permettrait au jeune enfant de renvoyer de sa conscience les pulsions agressives et érotiques inacceptables (désir d'inceste, ...). Aussi, il serait l'expression de conflits internes de cet âge : ambivalence entre le désir et la peur de séparation.

❖ Explication psycho- somatique

Selon MARVAUD (2001), les bégayages de l'enfant s'accompagnent « d'une perte de sens plus ou moins importante » et le bégaiement est « en lutte contre la pensée. » Les excitations externes (contraintes du milieu) ou internes (pulsions d'agressivité, d'ambivalence, besoin de séparation et peur de la perte) ressenties par l'enfant ne peuvent se décharger dans le corps « psychisé » faute de mentalisation, c'est pourquoi elles se déchargent dans le corps « soma ». On parle de « somatisation », définie par M.-C. CELERIER (in MARAUD, 2001) comme « le passage par la pathologie corporelle des affects liés à la relation à l'autre. » Ainsi, le bégaiement est envisagé comme un symptôme somatique.

❖ Explication cognitivo- comportementale

Cette conception envisage trois notions fondamentales interconnectées : les comportements, les cognitions et les émotions. Ce triptyque étant lui-même sous l'influence de l'environnement. La parole est considérée comme un comportement. Les accidents de parole vont entraîner des réactions du milieu qui seront interprétées négativement et de ce fait qui vont créer des pensées irrationnelles, des fausses croyances et des émotions négatives de déplaisir. Cela aura pour conséquence des comportements inadaptés pour produire la parole : passage en force, évitements, voire inhibition. Ainsi, l'on parvient à comprendre comment le

bégaïement se constitue et aussi comment il est entretenu par ces interactions permanentes qui constituent un cercle vicieux qu'il faudra briser.

❖ *Explication psycholinguistique*

Cette discipline repose sur l'aspect développemental et donc sur des études menées chez l'enfant d'âge préscolaire.

Selon SIMON (1999), « supposer un lien entre bégaïement et processus langagiers repose sur le fait que le bégaïement apparaît au moment de l'acquisition du langage d'une part et que les enfants qui bégaient ont souvent un retard phonologique ».

HAFFREINGUE (2001), en s'appuyant sur différentes études, y ajoute deux facteurs : la corrélation entre les épisodes de bégaïement et les variables linguistiques (complexité syntaxique notamment), et le parcours « atypique » du développement langagier chez l'enfant qui bégaie.

Mêmes si la recherche psycholinguistique reste un champ vaste et sans doute prometteur, pour l'instant, les études menées ne permettent pas d'établir un véritable lien causal entre développement langagier et bégaïement. Seules les relations entre capacités linguistiques et bégaïement sont étudiées.

❖ *Explications neuro- anatomique et neuro- fonctionnelle*

Les éléments évoquant une étiologie neurologique seraient : une part élevée de sujets gauchers dans la population bègue (40% contre 5% dans la population générale), la dominance de l'hémisphère droit (hémisphère gauche classiquement) ou l'utilisation préférentielle des deux hémisphères dans les tâches de langage.

D'autres études montrent, au contraire, une défaillance dans la communication inter-hémisphérique.

Si des études comparatives entre personnes bègues et non-bègues ont pu mettre en évidence des différences neuro-anatomiques corticales, elles ne prennent pas en compte les différences intra-individuelles de base ni les effets de la plasticité cérébrale. De plus, l'observation de l'activation de zones corticales différentes selon qu'il y ait présence d'un bégaïement ou pas ne représentent pas nécessairement une correspondance fidèle des processus engagés au niveau cérébral lors de l'activité de parole.

Des progrès ont cependant été réalisés et doivent être poursuivis en ce qui concerne les recherches sur les structures sous-corticales. Ainsi, les ganglions de la base sont connus pour jouer un rôle dans le contrôle moteur et l'hippocampe pour permettre les apprentissages. Ils sont des relais directs du système limbique, centre des émotions. Ces structures sous-corticales sont également en interconnexions avec les structures corticales ce qui signifie que l'ensemble représente un système complexe dont le dysfonctionnement d'un des éléments provoquerait une réaction en chaîne.

Enfin, des différences neuro-anatomiques et fonctionnelles au niveau du système auditif central auraient été mises en évidence chez des personnes qui bégaiement mais de manière non systématique et sans que l'on puisse en déterminer les mécanismes dans la genèse du bégaiement. De plus, le bégaiement reste un trouble multifactoriel dont la perception auditive ne représente qu'une composante.

Annexe7. Critères de risque de chronicisation et indications de prise en charge

On peut citer 3 auteurs internationaux qui ont établi des critères de risque de chronicisation (in MONFRAIS- PFAUWADEL, 2000):

- STARKWEATHER :

se base sur les répétitions de phonèmes ou de syllabes et retient deux critères pour indiquer une intervention thérapeutique: soit elles sont supérieures à 3, soit elles représentent plus de 3% du corpus (celui-ci étant pertinent à partir de 200 syllabes).

- CONTURE :

Pour cet auteur, les éléments sur lesquels se baser sont : le quart des dysfluences sont des prolongations, la présence de répétitions du phonème ou de syllabe du premier mot, la perte du contact visuel pendant plus de la moitié de l'échange.

- PAXTON :

Il a, quant à lui, établi 3 stades. Le 3^{ème} stade correspond «au risque majeur de devenir bègue » et comprend les éléments suivants : 10% de bégayages dans la parole, effort pour démarrer, répétitions supérieures à 3, prolongations supérieures à 2 secondes, conscience du trouble, présence d'évitement et de mouvements accompagnateurs.

Annexe 8. Les TCC (modèles).

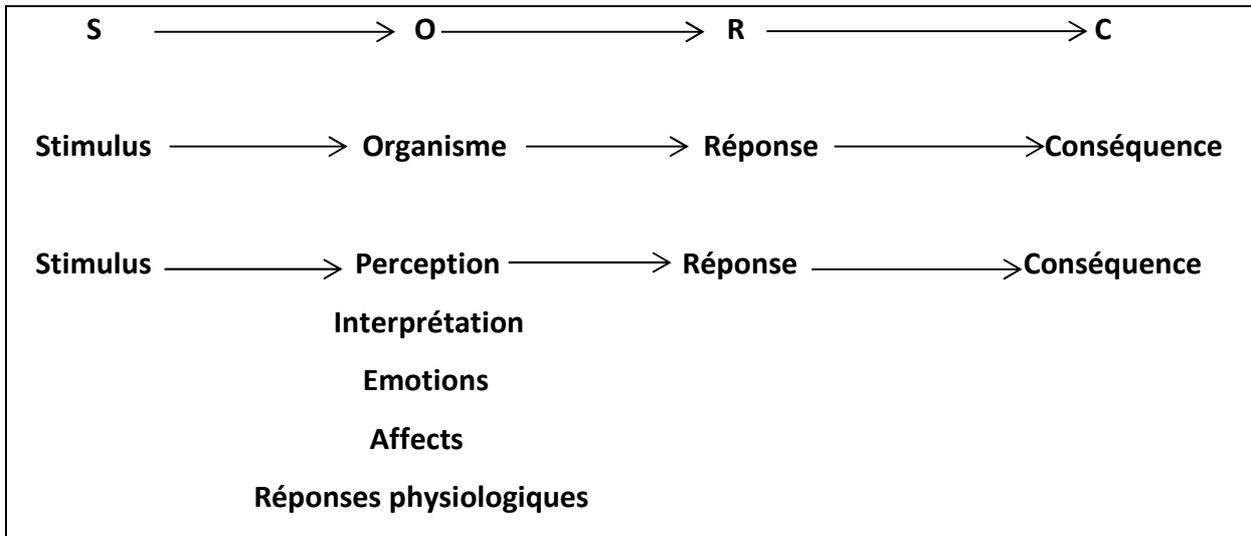


Figure1. Le schéma SORC de l'analyse comportementale, COTTRAUX.

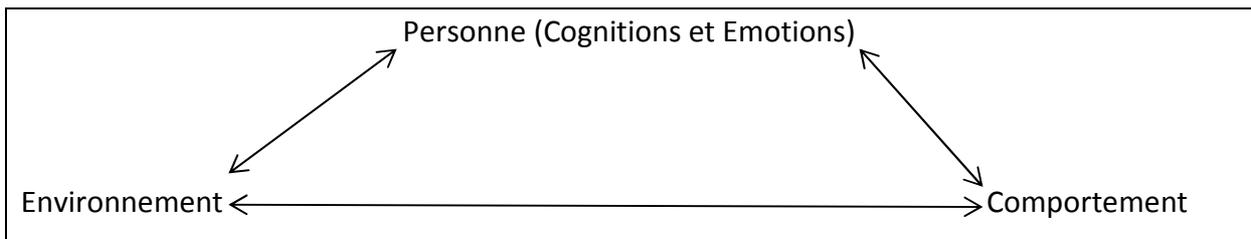


Figure 2. Modèle bidirectionnel de BANDURA.

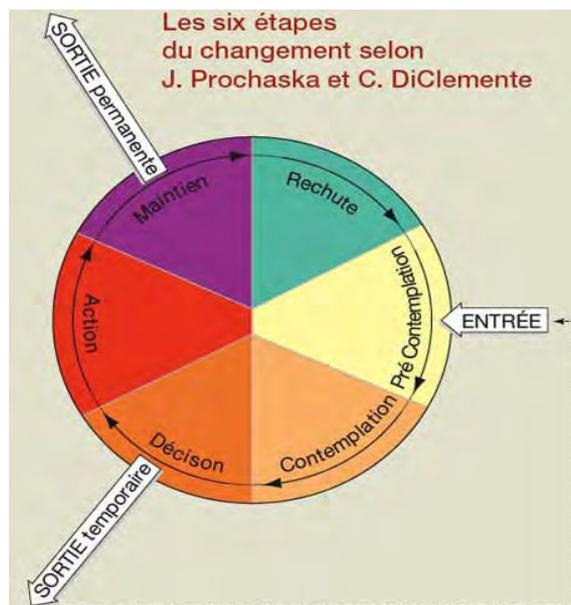


Figure 3. Schéma du cycle de changement en fonction des étapes de la motivation.

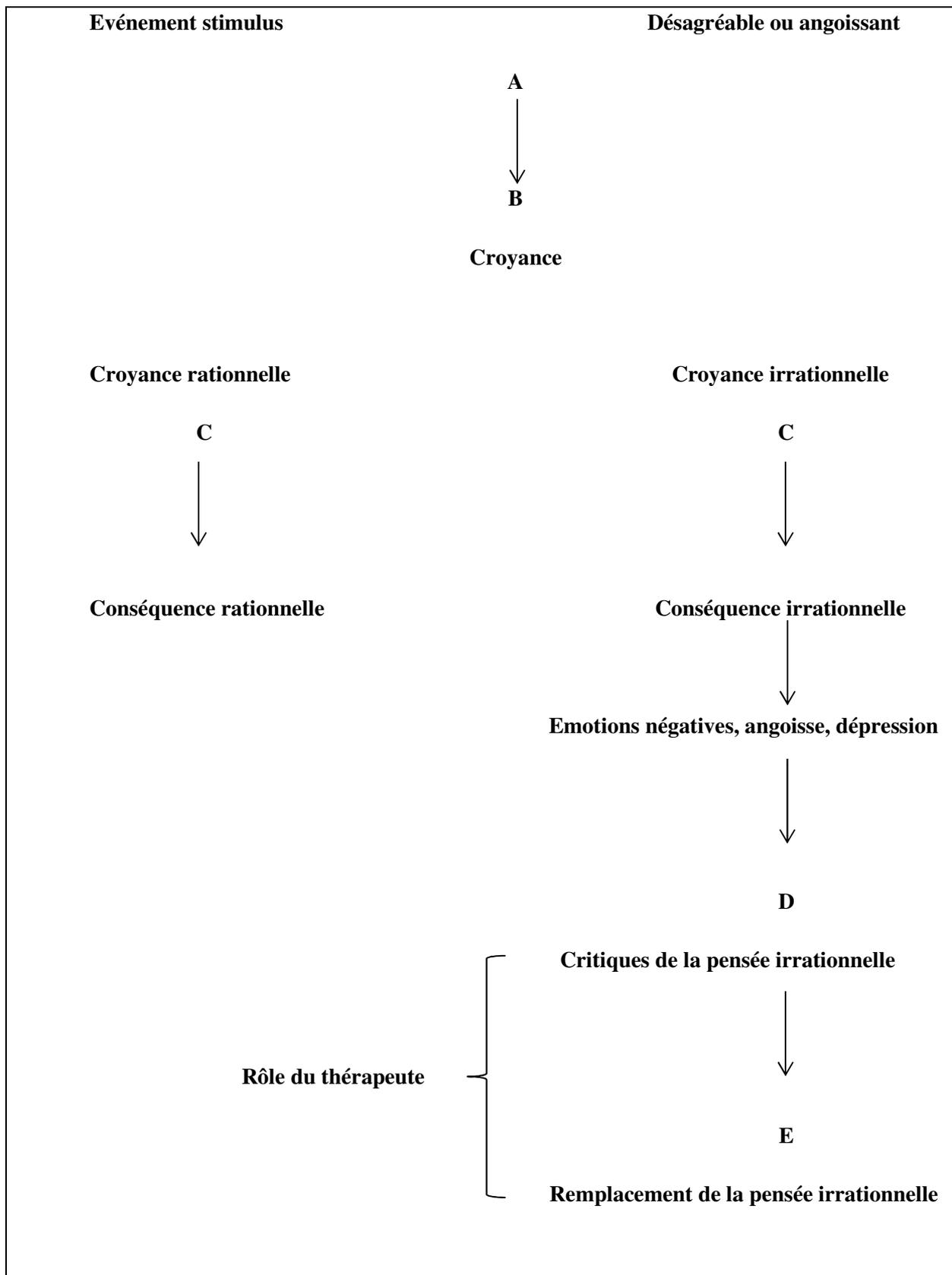


Figure 4 : Schéma ABCD d'A. ELLIS, COTTRAUX.

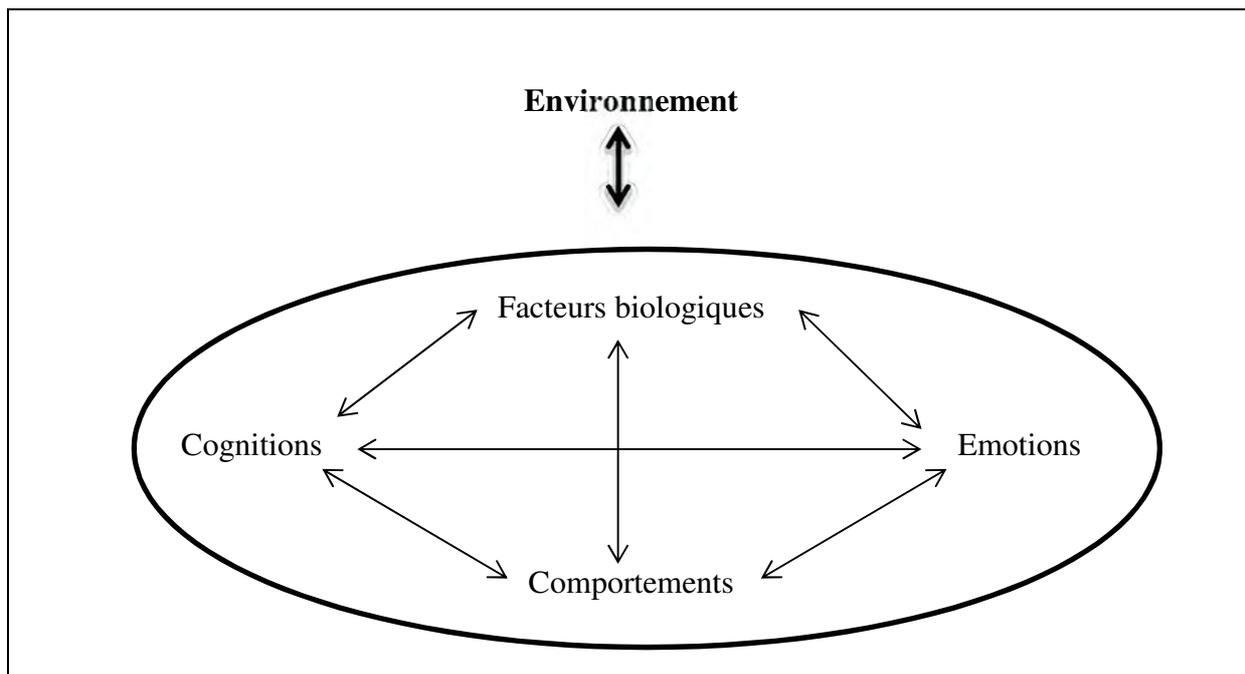


Figure 5 : Modèle interactionnel : niveaux d'action des TCC, COTTRAUX.

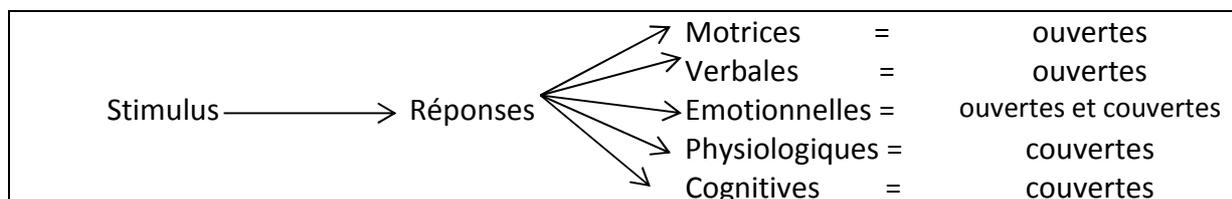


Figure 6. Comportements ouverts et couverts, COTTRAUX.

Annexe 9. Les champs d'action des TCC

<p>Traitement de choix pour :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Phobie sociale (bégaiement), agoraphobie, phobie simple • Attaque de panique • Obsession- compulsion sans dépression importante • Anxiété généralisée • Sevrage des benzodiazépines et autres psychotropes
<p>Traitement certainement utile pour :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dépression non mélancolique résistante aux antidépresseurs • Problèmes sexuels et de relation de couple • Boulimie • Prévention de rechutes de la maladie coronarienne • Douleur chronique d'origine organique ou psychologique • Réhabilitation sociale des sujets schizophrènes chroniques • Réactions de stress post- traumatique (« névrose de guerre »)
<p>Résultats en développement pour :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble de la personnalité • Médecine comportementale (psychologie de la santé), stress et psycho-immunologie ; SIDA ; cancer ; hypertension ; psychogériatrie • Toxicomanie et dépendance : alcool, tabac, drogue et jeu • Problèmes psychologiques de l'enfant et de l'adolescent : angoisses, phobies, obsessions et autismes infantiles
<p>Contre- indications pour :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrénie en période aiguë • Paranoïa • Psychose maniaco- dépressive • Dépression mélancolique ou ralentie • Impossibilité de définir clairement les buts du traitement avec le patient

Tableau 1. Champs d'action des TCC, COTTRAUX.

Annexe 10. Etude sur l'efficacité du PL

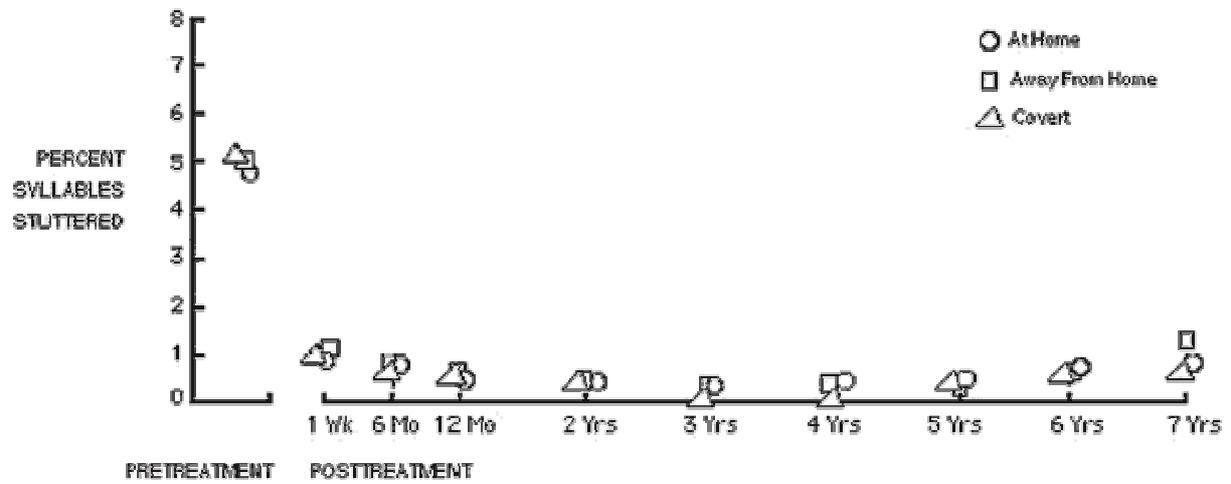


Figure 1 (in ROUSSEAU 2002) : Moyennes de suivis à long terme de l'étude de Lincoln et al, 1997. Les mesures ont été prises dans 3 situations conversationnelles quotidiennes.

Annexe 11. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20060603&numTexte=80&pageDebut=&pageFin=

Annexe 12. Responsabilités (CNIL)

http://www.cnil.fr/vos-responsabilites/declarer-a-la-cnil/dispense/mon-secteur-dactivite/mon-theme/mon-fichier/dispense-selectionnee/dec-mode/DISPLAYSINGLEFICHEDISP/dis-uid/16/?tx_oxcscnildeclaration_pi1%5Bsauid%5D=0&tx_oxcscnildeclaration_pi1%5Btuid%5D=0&cHash=53bdd331c999c8e672d1d1a87a2c0044

Annexe 13. Les droits et libertés des enquêtés (CNIL)

<http://www.cnil.fr/vos-libertes/vos-droits/>

Annexe 14. Questionnaire envoyé aux orthophonistes

L'utilisation du programme Lidcombe pour la prise en charge orthophonique du bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire (avant 6 ans) : quelles modifications pour l'orthophoniste?

Ce questionnaire a pour objectif d'étudier en quoi l'utilisation du Programme Lidcombe pour la prise en charge du bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire (avant 6 ans) modifie la pratique professionnelle de l'orthophoniste.

Pour cela, vous serez interrogé(e) sur votre expérience personnelle de cette pratique et sur vos impressions et opinions. Ainsi, il n'y a pas de "bonnes" ou de "mauvaises" réponses.

Vos témoignages seront très précieux pour cette étude c'est pourquoi je vous remercie par avance du temps que vous m'offrez et de l'attention que vous porterez à ce questionnaire.

Pour rappel, la passation du questionnaire est anonyme et estimée à 15 minutes. Certaines questions sont obligatoires (*) et d'autres ne le sont pas.

Par ailleurs, n'oubliez pas de cliquer sur l'onglet "envoyer", à la fin de votre passation, pour que votre questionnaire me parvienne bien !

Bonne lecture et merci pour votre participation.

Bérengère Perrot.

Avant de commencer le questionnaire:

F1. Lors de quelle session avez-vous été formé(e) au Programme Lidcombe? *

- Aucune
- Session 2011
- Session 2012

Vous êtes formé(e) au Programme Lidcombe:

En ce qui concerne vos prises en charge du bégaiement de l'enfant d'âge préscolaire:

Q1. En dehors du Programme Lidcombe, quelle(s) autre(s) type(s) de prise en charge avez-vous déjà pratiqué(s) ou pratiquez-vous encore? *Plusieurs réponses possibles

- La guidance parentale
- Des méthodes indirectes (ex: programme de "demandes et capacités" de Starkweather et Gottwald, etc...)
- Des méthodes directes (ex: parole prolongée, etc...)
- Autre : _____

En ce qui concerne votre pratique actuelle:

Q2. Pratiquez-vous le Programme Lidcombe avec vos jeunes patients dysfluents et leur famille? *Réponse unique souhaitée

- Oui, tout le temps.
- Oui, souvent.
- Oui, parfois.

- Non, rarement.
- Non, jamais.

Q3. De manière générale, quel bilan pouvez-vous tirer de ces premières applications du Programme Lidcombe? *Réponse unique souhaitée

- C'est très satisfaisant: j'ai observé des résultats positifs dans la plupart des cas.
- C'est encourageant: j'ai observé une majorité de résultats positifs.
- C'est plutôt décevant: je n'ai observé que peu de résultats positifs.
- Je n'ai pas d'opinion.
- Autre : _____

Q4. Pensez-vous que le Programme Lidcombe est une méthode de prise en charge fondamentalement différente des méthodes classiquement pratiquées en France? *Réponse unique souhaitée

- Oui, tout à fait.
- Oui, plutôt.
- Non, pas vraiment.
- Non, pas du tout.
- Je ne sais pas.

Q5. En quoi se différencierait-elle des autres méthodes selon vous? Si vous n'êtes pas concerné(e) par cette question, n'indiquez rien dans l'encadré

En ce qui concerne les aspects techniques mis à votre disposition par le Programme Lidcombe:

Q6. Estimez-vous que les renforcements sont des outils thérapeutiques nouveaux dans la pratique orthophonique? *Réponse unique souhaitée

- Oui, tout à fait.
- Oui, plutôt.
- Non, pas vraiment.
- Non, pas du tout.
- Je ne sais pas.

Q7. Si vous estimez qu'ils ne sont pas "nouveaux", observez-vous néanmoins une différence dans leur utilisation telle qu'elle est préconisée par le Programme Lidcombe? Si vous n'êtes pas concerné(e) par la réponse, n'indiquez rien dans l'encadré

Q8. Concernant les mesures régulières du bégaiement, réalisées quotidiennement par le(s) parent(s) et de façon hebdomadaire par l'orthophoniste, quel(s) commentaire(s) auriez-vous à faire? *

Voici maintenant des questions vous interrogeant sur la collaboration établie avec le(s) parent(s):

N.B. chaque cas étant unique, il s'agit d'observer une tendance générale ou des aspects fréquemment rencontrés.

Q9. Pensez-vous que certains patients et leurs parents soient plus "éligibles" à ce programme que d'autres? *Réponse unique souhaitée

- Non
- Oui
- Je ne sais pas

Q10. Si "oui", sur quel(s) critère(s) vous basez-vous pour proposer préférentiellement la méthode à une famille et ne pas le faire pour une autre? Si vous n'êtes pas concerné(e) par cette question, n'indiquez rien dans l'encadré

Q11. Pensez-vous que la relation établie avec les parents, dans le cadre d'une prise en charge Lidcombe, est différente de ce à quoi vous étiez "habitué(e)" avec d'autres méthodes?

***Réponse unique souhaitée**

- Oui, tout à fait.
- Oui, plutôt.
- Non, pas vraiment.
- Non, pas du tout.
- Je n'ai pas d'opinion.

Q12. Si "oui", de quelle manière et comment vivez-vous cette différence? Si vous n'êtes pas concerné(e) par cette question, n'indiquez rien dans l'encadré

Les questions suivantes abordent les éventuels changements que le Programme Lidcombe implique dans les compétences mêmes de l'orthophoniste:

Q13. Avez-vous rencontré des difficultés concernant: *Plusieurs réponses possibles

- L'application de la méthode en elle-même.
- Les parents avec lesquels il s'agit de collaborer.
- L'enfant lui-même.
- Aucune difficulté rencontrée.
- Autre : _____

Q14. Si vous avez rencontré des difficultés, quelles étaient-elles? Si vous n'êtes pas concerné(e) par cette question, n'indiquez rien dans l'encadré

Q15. Quelle(s) stratégie(s) avez-vous mise(s) en place afin de résoudre ces difficultés si cela était possible? Si vous n'êtes pas concerné(e) par cette question, n'indiquez rien dans l'encadré

Q16. Selon vous, en cas de difficultés voire d'échec, à quelle(s) entité(s) peut-on en attribuer la responsabilité? *Plusieurs réponses possibles

- L'orthophoniste
- Le(s) parents
- Je n'ai pas d'opinion
- Autre : _____

Q17. Dans quelle proportion? Et pourquoi? *

Q18. Concernant la collaboration avec les parents et leur formation, avez-vous rencontré ce(s) type(s) d'obstacle? * Plusieurs réponses possibles. Liste non exhaustive, n'hésitez pas à ajouter des éléments supplémentaires dans "autre"

- Résistances (psychologique et/ ou intellectuelle).
- Manque d'implication et/ ou de motivation.
- Problème de cadrage/ recadrage.
- Incompatibilité avec le mode de vie (emploi du temps, fratrie...).
- Appréhension ou anxiété liée à la réussite d'administrer la thérapie.
- Aucun obstacle rencontré.
- Autre : _____

Q19. En ce qui vous concerne, avez-vous ressenti des réticences (ou résistances) à utiliser cette méthode? * Réponse unique souhaitée

- Jamais.
- Avant d'être formé(e).
- Au début de l'utilisation de la méthode.
- Encore parfois.
- Toujours.
- Je n'ai pas d'opinion.

Q20. Indiquez vos éventuels commentaires à ce propos: Si vous n'êtes pas concerné(e) par cette question, n'indiquez rien dans l'encadré

En guise de conclusion:

Q21. Aujourd'hui, où en êtes-vous dans votre pratique orthophonique en ce qui concerne la prise en charge précoce du bégaiement? * Réponse unique souhaitée

- Pratique exclusive et stricte du Programme Lidcombe.
- Pratique régulière et stricte du Programme Lidcombe mais en concurrence avec d'autres méthodes.
- Pratique régulière du Programme Lidcombe mais en association avec d'autres méthodes.
- Pratique rare du Programme Lidcombe et recours préférentiel à d'autres méthodes.
- Pratique inspirée du Programme Lidcombe mais pas d'application du programme.
- Pas de pratique du Programme Lidcombe et recours exclusif à d'autres méthodes.
- Autre : _____

Q22. Selon vous, quel(s) changement(s) l'utilisation d'une telle méthode (Programme Lidcombe), implique pour la pratique orthophonique? * Plusieurs réponses possibles

- Avoir des compétences de "coaching" (formation et résolution de problèmes).
- Redéfinir les rôles (l'orthophoniste forme le parent qui administre la thérapie à son enfant).
- Etablir un recrutement des patients.
- S'assurer que l'enfant vit la thérapie comme un moment agréable.
- Avoir une attention aiguë des mécanismes et des interactions en jeu pour s'assurer que le parent administre la thérapie de façon sécurisée et efficace.
- Porter une attention particulière à ce que la thérapie reste au second plan et que chacun garde sa place.

- Aucun changement.
- Autre : _____

Q23. Comment vivez-vous ces éventuels changements? Si vous n'êtes pas concerné(e) par cette question, n'indiquez rien dans l'encadré

Q24. La formation au Programme Lidcombe et son utilisation en séances ont-elles changé votre façon d'appréhender: *Plusieurs réponses possibles

- Le bégaiement précoce.
- La prise en charge du bégaiement précoce.
- La relation parent(s) - orthophoniste.
- La relation enfant - orthophoniste.
- Votre pratique orthophonique quelle que soit la pathologie abordée.
- Rien en particulier.
- Autre : _____

Q25. De quelle façon ou en quoi cela a-t-il changé? Si vous n'êtes pas concerné(e) par cette question, n'indiquez rien dans l'encadré

Pour mieux vous connaître:

P1. En quelle année avez-vous obtenu votre Certificat de Capacité d'Orthophoniste?

P2. Avez-vous suivi ou suivez-vous actuellement d'autres formations: Plusieurs réponses possibles

- En orthophonie
- En psychologie
- En linguistique
- En neuropsychologie
- Aucune
- Autre : _____

P3. Comment avez-vous eu connaissance de la méthode du Programme Lidcombe? Plusieurs réponses possibles

- Littérature
- Internet
- Conférence(s)
- Formation(s)
- Collègue(s) orthophoniste(s) formé(e)(s)
- Autre : _____

P4. Quelle(s) a (ont) été votre (vos) motivation(s) pour vous former à cette méthode? Plusieurs réponses possibles

- Intérêt pour les méthodes comportementalistes (et/ou la psychologie cognitive).

- Pratique de ce même type de méthodes pour d'autres prises en charge (ex: TCC pour la PEC du bégaiement de l'adulte, méthode ABA pour la PEC de l'autisme, etc...).
- Insatisfaction liée aux autres méthodes.
- Formation initiale jugée insuffisante quant à la prise en charge précoce du bégaiement.
- Option thérapeutique supplémentaire.
- Résultats cliniques de la méthode.
- Autre : _____

Questions concernant cette étude:

T1. Y a-t-il des questions sur lesquelles vous auriez souhaité être interrogé(e)? Lesquelles?

T2. Quel(s) commentaire(s) auriez-vous à faire concernant cette étude?

Ce questionnaire est maintenant terminé. Je vous remercie d'y avoir participé et vous souhaite une bonne continuation.

N'oubliez pas de cliquer sur "envoyer" pour que le questionnaire me soit envoyé. Une fenêtre devrait apparaître et vous indiquer que votre réponse a bien été enregistrée, dans ce cas, merci de bien vouloir m'envoyer un mail de confirmation. En cas de problème, n'hésitez pas à me contacter: xxx@hotmail.fr

Annexe 15. Tableaux de recueil des réponses aux questions ouvertes et leur regroupement thématique.

Q5. En quoi se différencierait-elle des autres méthodes ?

Thèmes	Extraits	Fréquences absolues (N=20)	Fréquences relatives
Parents actifs et impliqués	« les parents sont concernés » (1) « agir » (1) « les parents sont acteurs » (8) « implication des parents dans la prise en charge de leur enfant » (10) « les parents qui se sentent beaucoup plus concernés » « elle leur donne une place de premier choix » (12) « [...] une fois qu'ils sont vraiment acteurs de la rééducation » (13) « Les parents sont très actifs » (14) « une participation massive d'un des parents, c'est lui qui fait le traitement » (15) « la participation pratique des parents est la base de la méthode, sans eux pas de méthode » (20)	8	40%
Intervention directe et travail sur la forme	« agir de manière directe » (1) « approche directe » (2) « L'angle de prise en charge est la forme, permettant ensuite un changement sur le fond et non l'inverse » (5). « une intervention directe auprès de l'enfant » (8) « elle agit de manière directe sur la forme de la parole de l'enfant » (13) « travail sur la forme dans le sens d'une intervention sur la parole » (17) « commentaires sur la fluence » (18) « approche centrée sur la disfluence » (20)	8	40%
Cadre	« elle est plus cadrée, plus stricte » (3) « très structurée » (6) « elle pose un cadre rigoureux [...] ce cadre [...] » (9) « elle permet une relation directive mais cadrante avec les parents » (12) « très cadrée » (14) « cela donne un cadre aux parents » (18) « a l'avantage d'être claire et cadrante pour les parents » (20)	7	35%
Conditionnement / méthode opérante	« c'est basé sur une programmation cérébrale » (4) « le renforcement positif » (11) « le côté systématique de l'entraînement » (15) « thérapie de type comportementale » (17) « renforcement » (17) « méthode comportementale » (18) « renforcements positifs » (18)	6	30%
Comptage/ aspect quantitatif et objectif	« évaluation quotidienne du bégaiement » (5) « très objective » (6) « les résultats de leur enfant » (12) « Il est intéressant aussi de pouvoir quantifier la durée de cette	6	30%

	rééducation; 4 mois au minimum pour la phase 1 » (13) « les renforcements positifs sont comptabilisés afin qu'ils soient suffisamment nombreux [...] un ratio doit être respecté » (18) « l'utilisation quotidienne d'une échelle par la famille » (19)		
Pas de changement dans les habitudes de communication de la famille	« sans changement dans la communication de la famille » (4) « pas de demande de changement en vie quotidienne » (5) « sans chercher à modifier le contexte de communication dans la famille [...]moins de culpabilité que lorsque l'on travaille sur les habitudes de communication au quotidien à "changer". » (8) « l'absence d'autres changements de la part des parents au quotidien » (16)	4	20 %
Changement de point de vue sur le bégaiement	« partir de ce qui est positif, ce qui va bien, et l'étendre, plutôt que de partir du négatif pour aller vers le positif » (7) « obligation pour les parents de changer leur regard sur le bégaiement de l'enfant pour se focaliser sur les paroles fluides » (10) « on parle du bégaiement avec l'enfant de façon amusante ce qui permet de travailler la désensibilisation. » (18)	3	15%
Déculpabilisation des parents	« il y a moins de culpabilité » (8) « déculpabilisante pour certains parents » (14)	2	10%
Repérage de la dynamique familiale	« permet de se rendre compte de la dynamique familiale et de cerner plus rapidement la motivation des familles. » (8) « permet de voir beaucoup plus rapidement les freins et les atouts des familles. [...]En effet, les parents qui n'arrivent pas à se plier à ce cadre ne me semblent pas prêts à s'investir dans le soin pour leur enfant. » (9)	2	10%
Amélioration de la relation parents-enfant	« les commentaires positifs et le temps de conversation structurée permettent mieux à certains parents de retrouver une relation sereine avec leur enfant » (13) « Bénéfice secondaire: renforce positivement la relation parent-enfant. » (14)	2	10%
Aspect sécurisant	« plus sécurisante certainement » (3)	1	5%

Q7. Si vous estimez qu'ils ne sont pas "nouveaux", observez-vous néanmoins une différence dans leur utilisation telle qu'elle est préconisée par le Programme Lidcombe?

Thèmes	Extraits	Fréquences absolues (N=12)	Fréquences relatives
Aspect systématique (comptage)	« comptage des renforcements » (1) « systématisés » (5) « caractère très fréquent et systématique des renforcements » (6) « beaucoup plus systématique » (7) « entraînement systématique et quotidien » (16)	5	42%
La parole est la cible des renforcements	« ciblé sur des points précis » (7) « les renforcements s'appliquent spécifiquement à la fluence verbale » (9) « très ciblés et tout spécifiquement sur le 'déroulement' de la parole » (14) « de façon spécifique sur la parole » (17)	4	33%
Les renforcements permettent un conditionnement	« c'est la base de la méthode » (2) « Les compliments ne sont pas fait pour augmenter la confiance en soi de l'enfant mais c'est un conditionnement » (4) « entraînement systématique et quotidien » (16) « dans l'utilisation du programme avec les parents (demande de le faire tous les jours, en un moment particulier etc) » (17)	4	33%
Les renforcements sont délivrés par les parents	« c'est un renforcement positif de la part du parent » (10)	1	8%

Q8. Concernant les mesures régulières du bégaiement, réalisées quotidiennement par le(s) parent(s) et de façon hebdomadaire par l'orthophoniste, quel(s) commentaire(s) auriez-vous à faire?

Thèmes	Extraits	Fréquences absolues (N=20)	Fréquences relatives
Meilleure appréhension de l'évolution du bégaiement et plus d'objectivité	« mieux appréhender les fluctuations puis les diminutions des disfluences » (2) « vraiment voir la progression/ les moments de stagnation » (3) « les parents deviennent plus objectifs par rapport au bégaiement de leur enfant » (7) « voir l'évolution du bégaiement » (9) « elles permettent d'être objectif » (12) « mieux quantifier et qualifier le bégaiement de leur enfant ; ils peuvent ainsi en parler de façon plus claire et significative » (13) « très intéressantes et	8	40%

	parlantes [...] très bon indicateur pour une bonne 'indication' » (14) « constater ou pas une amélioration sur du long terme [...] cette courbe est la mémoire objective des parents » (18)		
Recadrage de l'orthophoniste	« il est important de vérifier régulièrement comment le parent évalue son enfant » (5) « outil puissant pour les retours qu'on peut faire aux familles [...] cela permet de reposer les choses avec les parents. [...] De prendre la température par rapport au comportement du parent [...] » (9) « [...] dans ce cas, on recadre » (10) « bien repréciser les choses » (12)	4	20%
Difficile de rester objectif dans les mesures	« on accepte que la mesure soit subjective (c'était impossible de faire un véritable comptage en même temps de gérer une séance avec parents et enfant) » (1) « il est difficile de rester objectif et de mesurer un bégaiement pour un enfant que l'on voit que 30 minutes par semaine » (6) « attention à la tentation de minimiser le bégaiement pour le plaisir de voir une évolution favorable sur l'échelle ! » (8) « c'est un des aspects de la méthode que j'ai du mal à mettre en place » (20)	3	15%
Difficile à respecter sur le long terme	« les parents des enfants les plus grands se lassent vite » (4) « essoufflement sur la durée ! difficile de les faire tenir sur la durée » (11) « ce qui reste difficile c'est l'investissement à long terme » (16)	3	15%
C'est une base qui permet la réflexion	« base de discussion intéressante et cela permet [...] de s'interroger rapidement et concrètement » (3) « cela leur permet de réfléchir immédiatement à la conduite à tenir lorsque le bégaiement est le plus fort sur l'échelle de sévérité sur une journée ou deux. [...] et ils se posent immédiatement les bonnes questions [...] ce qui leur permet d'adapter leur attitude » (13) « support d'échanges entre le thérapeute et la famille » (19)	3	15%
Facile à utiliser pour les parents	« cela ne pose aucun problème à la plupart des parents » (2) « elles sont facilement prises en main par les parents » (13) « c'est assez facile pour les parents d'évaluer son enfant » (16)	3	15%
Motivation	« elles sont en général très appréciées par les parents » (7) « elles sont plutôt encourageantes » (12) « les mesures journalières les motive » (13)	3	15%

Rassurant	« les mesures journalières les rassure » (13) « cela permet également de rassurer les parents [...] voir l'évolution de la courbe est très rassurant pour les parents » (18)	2	10%
Nécessité que les parents soient impliqués	« il faut vraiment un parent engagé et volontaire » (15) « s'impliquer concrètement et au quotidien dans la prise en charge de leur enfant » (19)	2	10%
Difficile à réaliser pour certains parents	« les parents ont besoin d'être guidés au départ pour savoir à quoi correspondent les différents niveaux de bégaiement » (8) « ce n'est pas fait pour tous les parents » (15)	2	10%
Difficile à réaliser quotidiennement pour les parents	« dans certains cas où le parent oublie » (10) « ce n'est pas toujours facile à effectuer par les parents quotidiennement » (17)	2	10%
Outil facile et efficace	« c'est rapide, c'est précis » (18)	1	5%

Q10. Si "oui", sur quel(s) critère(s) vous basez-vous pour proposer préférentiellement la méthode à une famille et ne pas le faire pour une autre?

Thèmes	Extraits	Fréquences absolues (N=17)	Fréquences relatives
Disponibilité des parents	« parent capable de s'investir régulièrement » (7) « disponibilité des familles au quotidien pour pratiquer l'activité (plus facile pour une famille avec un ou deux enfants, plus compliqué pour des familles avec plus de 2 enfants dans la même tranche d'âge, plus compliqué également pour les familles monoparentales avec plusieurs enfants à charge). » (8) « disponibilité des parents (ex : je n'ai pas pu le proposer à plusieurs familles dont les mamans sont enceintes, non véhiculées et dont le papa travaille) » (9) « le moment doit être propice : disponibilité psychique et matérielle de la famille » (14) « famille dans laquelle les parents ne sont pas divorcés » (16)	5	29%
Troubles associés	« s'il y a beaucoup d'autres troubles associés je ne fais pas cette méthode » (3) « enfant sans troubles majeurs du comportement » (7) « d'autres axes prioritaires de prise en charge peuvent être choisis (rééducation du retard de parole langage, etc...) » (14)	3	18%
Insuffisance des autres méthodes	« quand l'accompagnement parental n'a pas suffi » (5) « j'utilise le programme Lidcombe en deuxième intention (après avoir déjà envisagé d'autres méthodes) » (17) « si	3	18%

	l'approche en guidance parentale (conseils, méthode indirecte) ne suffit pas ou ne fonctionne pas » (19)		
Incapacité ou refus de changements dans la communication familiale	« si la famille ne souhaite pas modifier la communication familiale » (4) « quand la famille a du mal à opérer des changements » (5)	2	12%
Motivation des parents	« cela fonctionne avec des parents motivés et impliqués » (2) « le critère principal est la motivation » (18)	2	12%
Relation au jeu/plaisir	« Aspect socio culturel vis à vis de la relation au jeu. Certaines familles n'ont culturellement pas l'habitude de jouer avec leur enfant, ne savent pas à quoi cela peut servir. » (11) « pour d'autres parents l'idée du plaisir [...] est beaucoup plus longue à mettre en place » (18)	2	12%
Rigueur	« c'est malgré tout un travail fin qui demande [...] et de la rigueur » (9) « pour d'autres parents l'idée de [...] rigueur est plus longue à mettre en place » (18)	2	12%
Inquiétude parentale	« ceux qui sont les plus inquiets » (10)	1	6%
Durée du bégaiement	« quand l'enfant bégaié depuis plus de 3 mois » (10)	1	6%
« Lâcher prise »	« c'est un travail fin qui demande du lâcher prise et [...] ce qui n'est pas donné à tout le monde » (9)	1	6%
Demande parentale	« quand les parents sont en demande d'outils clairs et simples » (5)	1	6%
Problèmes relationnels parents/enfant	« quand il y a de gros problèmes relationnels parents et enfant je pense qu'il faut y aller beaucoup plus progressivement » (12)	1	6%
Capacité (cognitive) des parents	« leur capacité à bien comprendre et bien intégrer le traitement » (15)	1	6%
Exigence éducative	« leur implication dans la vie éducative de leur enfant et non pas des parents consommateurs » (15)	1	6%
Parole des parents	« si les parents ont eux-mêmes un débit de parole très, très rapide, je passe d'abord par des techniques plus classiques d'accompagnement, de parole prolongée... » (3)	1	6%

Q12. Si « oui » de quelle manière et comment vivez-vous cette différence ?

Thèmes	Extraits	Fréquences absolues (N= 13)	Fréquences relatives
Le parent devient acteur	« les parents se sentent plus impliqués et ont l'impression d'être plus efficaces. Le revers de la médaille c'est que quand le bégaiement augmente, ils se sentent plus facilement responsables. » (6) « inclure le parent et le rendre acteur » (8) « le parent se sent investi à nouveau dans la rééducation de son enfant » (10) « Beaucoup plus d'implication et d'observation à solliciter auprès du parent. Les parents sont mis à contribution et la responsabilité de la réussite ne repose plus entièrement sur les épaules de l'orthophoniste. » (11) « le parent est acteur » (14)	5	39%
Alliance thérapeutique	« permet de créer plus de lien dans une relation horizontale contrairement à l'accompagnement parental où une relation verticale soignant/ soigné peut facilement s'installer » (8) « cela m'a donné à toucher du doigts 'l'alliance thérapeutique' » (11) « le thérapeute n'est plus celui qui sait et nous sommes dans une alliance thérapeutique plutôt que dans une relation thérapeute- 'patient' » (14) « la relation thérapeutique s'améliore » (17) « la relation établie avec les parents me paraît plus 'concrète' car très en adéquation et très en lien avec le quotidien du fait aussi des mesures sur l'ES » (19)	5	39%
Auto-évaluation des parents	« le parent [...] apprend à s'auto-évaluer » (14) « on donne des conseils mais ce sont surtout les parents qui arrivent à se corriger en se regardant ensuite » (18)	2	15%
Renforcements positifs des parents eux-mêmes	« il faut 'coacher' les parents et leur envoyer des renforcements positifs à eux-mêmes » (1) « ils se prouvent, tout de suite, en se regardant, qu'ils arrivent à le faire et ont envie de progresser et de continuer » (18)	2	15%
Transmission de savoir	« cela induit plus une transmission de savoir » (16)	1	8%
Complicité	« séance détendue : on rigole énormément, les jeux créent une grande complicité entre tous les protagonistes » (18)	1	8%

Q14. Si vous avez rencontré des difficultés quelles étaient-elles ?

Thèmes	Extraits	Fréquences absolues (N=16)	Fréquences relatives
La rigueur imposée par le programme nécessite une adaptation	« un temps d'adaptation pour bien se mettre au clair avec le déroulement de la méthode, si on veut suivre à la lettre le programme » (1) « rester rigoureuse même quand les parents ne le sont pas » (7) « parents pas assez rigoureux » (9) « rigueur pour soi-même, rigueur que l'on impose aux parents qui ne font pas forcément ce qui leur est demandé » (12) « [...] de façon conforme au protocole » (13) « apprendre à être rigoureuse dans l'avancée du programme » (14) « la méthodes étant différentes des thérapies classiques, un temps d'adaptation et d'appropriation de l'outil est nécessaire pour le thérapeute [...] en France nous sommes encore peu confrontés à ce type d'outils (échelle, renforcements...) » (19)	7	43,75%
Difficultés rencontrées sur la durée => inconstance	« parents qui se lassent ou se désinvestissent » (7) « l'implication quotidienne dans la durée. J'ai observé à plusieurs reprises des parents très motivés au départ puis « lâchant » en cours de route. C'est très prenant. » (8) « manque de régularité » (10) « difficulté de constance au niveau de l'appréciation du parent, difficulté aussi à faire perdurer les compliments au-delà de quelques semaines » (11) « leur faire donner le traitement tous les jours » (13) « gérer les hauts et les bas dans la durée » (14) « problème des rythmes de vie qu'il va falloir un peu changer » (15)	6	37,5%
Problème d' intégration de la méthode par les parents	« des difficultés avec des parents récalcitrants qui « savent » déjà (pas en capacité d'apprendre ou de se remettre en question) » (1) « parents pas assez rigoureux qui ne comprenaient pas la finesse de la méthode » (9) « certains parents ont bien du mal à lâcher leurs exigences » (12) « papa qui essayait de bien faire (enfin, je crois) mais qui n'y arrivait pas » (18) « parents qui peuvent être surpris ou déroutés au premier abord par l'aspect 'méthode' » (19)	5	31,25%
Gênes liées à l'aspect ludique ou artificiel	« Je me suis rendue compte qu'il était difficile de travailler avec certains parents qui sont beaucoup dans la retenue et ont une relation d'"éducateur" avec leur enfant, la notion de	4	25%

	<p>"jouer pour le plaisir" n'est pas évidente pour tous les parents. Il est également difficile pour certains parents de jouer avec leur enfant sous le regard d'une tierce personne, ce qui rompt parfois la spontanéité de leurs échanges avec leur enfant en séance. » (8) « en ce moment, j'ai du mal à faire bouger une maman très rigide et froide avec son enfant. Elle n'arrive pas à faire sous mon regard, même si je m'implique dans le jeu. » (9) « l'aspect parfois artificiel parfois ressenti dans les compliments de la parole de l'enfant. » (10) « des parents qui ne se sentaient pas à l'aise avec cette distribution de compliments » (15)</p>		
<p>Réaction inattendue de l'enfant suite aux commentaires</p>	<p>« enfant qui supporte mal les commentaires positifs » (7) « il y a des enfants peu sensibles aux renforcements (TDA, perfectionnisme, ou chez ceux qui prennent en compte l'interlocuteur) » (9) « j'ai rencontré des enfants qui vivaient mal les compliments, quels qu'ils soient » (16) « les réactions des enfants à certains commentaires ou pour des réponses d'auto-évaluation sur parole fluide (avec un enfant en particulier) » (17)</p>	4	25%
<p>Manque de rigueur des parents</p>	<p>« parents pas assez rigoureux » (9) « ne font pas forcément ce qui est demandé » (12) « je pense à une maman qui n'amène pas son échelle régulièrement, c'est très gênant... » (17) « exercices faits de façon aléatoire » (18)</p>	4	25%
<p>Enfant qui s'ennuie, s'impatiente</p>	<p>« enfant qui a besoin de beaucoup d'attention et quand l'orthophoniste passe trop de temps avec les parents, impatience de l'enfant [...] l'enfant doit être pris en compte » (1) « l'enfant en a assez au bout d'un moment et il s'ennuie facilement pendant les explications données aux parents » (6)</p>	2	12,5%
<p>Problème avec la phase 2</p>	<p>« Il est difficile de "finir" le programme et de passer en phase 2, c'est parfois décourageant si on ne trouve pas ce qu'il faudrait changer ou ajouter. » (6) « Application de la méthode : je trouve qu'elle trouve ses limites en phase 2, quand l'enfant est fluide dans presque toutes les situations sauf une (ex : un enfant était fluide tout le temps sauf lorsqu'il jouait avec ses frères et soeurs en-dehors de la présence d'un adulte dans le jeu (disputes, excitation, etc. et personne pour renforcer). » (9)</p>	2	12,5%

Q15. Quelle(s) stratégie(s) avez-vous mise(s) en place afin de résoudre ces difficultés si cela était possible ?

Thèmes	Extraits	Fréquences absolues (N=13)	Fréquences relatives
Individualiser le programme en adaptant « techniquement » la méthode	« proposer de retenter une phase de traitement en étant plus rigoureux [...] demander à l'enfant ce qu'il préfère. » (7) « Pour certains parents, plusieurs séances de "mise en confiance" en jouant ensemble avec leur enfant ont été nécessaires, ce qui a ralenti l'instauration des différentes étapes du Lidcombe au départ. » (8) « difficultés liées à l'enfant : essayer de le rendre sensible aux renforcements en essayant plusieurs entrées verbales (non verbales, humour, etc...) + travail du regard etc... » (9) « changer les commentaires, commentaires plus courts, perturbant moins l'échange actuellement on a mis de côté les commentaires sur parole bégayée mais on y reviendra (on fait pour l'instant un travail plus global sur le fait de faire des erreurs; avec la famille...) » (17) « « papa qui essayait de bien faire (enfin je crois) mais n'y arrivait pas : je l'ai remplacé par la maman et ça va très bien !! » (18)	5	38,5%
Faire une pause ou laisser un délai dans le temps	« respecter l'écologie des familles » (1) « voire laisser de côté la méthode pendant quelques semaines et reprendre plus tard » (7) « ce n'était pas forcément le bon moment pour eux, dans leur organisation quotidienne pour pratiquer le Lidcombe. Nous avons donc parfois repoussé la mise en place du programme » (8) « chercher avec la famille le moment adéquat » (15)	4	31%
Modéliser	« l'expliquer et faire avec » (1) « j'ai modélisé et filmé le parent et son enfant » (10) « par la modélisation » (11) « surtout modéliser » (19)	4	31%
Communiquer et expliquer	« toujours prendre en considération ce qui est dit par les uns et les autres. [...] Ecouter. [...] l'expliquer et faire avec. » (1) « réexplication du programme, on essaie de trouver ensemble les jeux, les moments propices, ... » (18) « Communiquer, expliquer, étayer » (19)	3	23%
Motiver	« renforcer positivement y compris en cas d'erreur littérale par rapport au programme. Chercher l'intention positive	3	23%

	du parent ou de l'enfant.» (1) « la remotivation » (11) « plus qu'une ortho, être un 'coach' pour les motiver de semaine en semaine » (13)		
Se questionner	« le questionnement régulier » (11)	1	8%
Mieux se préparer	« mieux me préparer moi-même avant la séance » (12)	1	8%
Arrêter	« je suis repassée par d'autres méthodes. [...] il y a deux familles (pas rigoureuses) avec qui j'ai arrêté. » (9)	1	8%

Q17. Dans quelle proportion et pourquoi ?

Analyse des non réponses :

Thèmes	Extraits	Fréquences absolues (N=20)	Fréquences relatives
Non Réponse : refus de répondre	«faut-il vraiment un coupable !!!! » (2) « cela dépend de trop de facteurs comme tout échec » (4) « je n'ai pas d'opinion » (16) « c'est difficile de répondre à cette question... nous ne sommes pas des machines » (18) « je ne sais pas » (20)	5	25%
Non réponse : recul insuffisant	« pas assez de recul encore ! » (11) « sinon pour les enfants d'âge préscolaire ça marche bien. Mais je n'ai pas encore assez de recul. » (12) « je n'ai pas assez de recul pour répondre à cette question » (17)	3	15%
Non réponse : pas d'échec	« c'est rare » (3) « je pratique cette méthode depuis seulement quelques mois et c'est positif à ce jour » (15) « même les parents les plus réticents se sont finalement appropriés la méthode... » (19)	3	15%
NON REPONSE TOTAL		11	55%

Analyse des réponses données sur la répartition de la responsabilité :

Thèmes	Extraits	Fréquences absolues (N=10)	Fréquences relatives
6 non réponses	0 (5) « je ne sais pas dans quelle proportion » (9) 0 (10) 0 (12) « pas de recul suffisant pour la proportion » (13) 0 (14)	6	55%
Responsabilité plus grande de l'orthophoniste	« plus de responsabilité du côté de l'orthophoniste » (1)	1	10%
Facteurs autres	« je dirais 55% autres, 25% parents, 20%	1	10%

pour moitié et Responsabilité partagée entre parents et orthophoniste	orthophoniste » (6)		
Responsabilité partagée entre parents et orthophonistes	« 50/50 » (7)	1	10%
Plus de responsabilité du côté des parents	« je pense cependant qu'une grande partie des échecs peut venir des parents [...] je dirais 35 [O]/ 65[P] » (8)	1	10%

Analyse des réponses données sur les causes :

Thèmes	Extraits	Fréquences absolues (N=10)	Fréquences relatives
Manque de disponibilité des parents (quelle qu'en soit la cause)	« parents qui n'appliquent pas la méthode » (4) « non réalisation au quotidien, parents qui n'y croient pas.. » (8) « des parents qui ne sont pas prêts car pris dans d'autres problématiques » (9) « le manque d'implication des parents à cause de leur problématique de vie (13) « parents s'ils ne s'engagent pas pleinement dans le traitement » (14)	5	50%
« incompétences » de l'orthophoniste	« Plus de responsabilité du côté de l'orthophoniste car le parent fait partie du patient enfant et à ce titre doit bénéficier des soins si on veut que l'enfant soit pris en charge. Donc le soin passe par – donner envie au parent de pratiquer le programme – comprendre le parent récalcitrant – comprendre ses réticences et l'amener à les contourner – lui faire voir ses erreurs sans le culpabiliser – renforcer ses compétences et lui donner les moyens de réussir » (1) « l'orthophoniste qui cafouille au niveau de la nouvelle méthode ou qui ne la propose pas aux personnes pour qui elle est adaptée » (5) « L'échec peut être en partie causé par l'orthophoniste : il est difficile d'expliquer le Lidcombe, certains parents ont parfois du mal à en voir l'intérêt et sa généralisation dans les échanges ; orthophoniste qui va trop vite et "perd" les parents en cours de route. » (8) « l'orthophoniste si le moment était mal choisi » (14)	4	40%

Manque de motivation (qui que ça soit)	« je pense que cela dépend [...] de la motivation des deux côtés » (7) « une partie des échecs peut venir des parents : démotivation [...] » (8) « reprendre le travail dès que l'enfant semble plus motivé » (10)	3	30%
Facteurs relatifs à l'enfant	« parfois l'enfant n'étant pas concerné par son bégaiement la méthode n'aura que peu ou pas d'impact » (10) « j'ai eu un échec mais en fait l'enfant était plus grand... 8 ans » (12)	2	20%
Facteurs extrinsèques relatifs au bégaiement	« des facteurs indépendants de l'ortho et des parents qui favorisent l'installation du bégaiement » (5)	1	10%
Mésalliance thérapeutique	« je dirais que les échecs sont [...] liés à une mauvaise alliance thérapeutique (échec de l'orthophoniste et du parent) » (9)	1	10%
Manque de rigueur	« je pense que cela dépend de la rigueur [...] des deux côtés » (7)	1	10%

Q20. Indiquez vos éventuels commentaires à ce propos :

Thèmes	Extraits	Fréquences absolues (N=8)	Fréquences relatives
Se centrer sur la forme (parole) plutôt que sur le fond (échange/ communication)	« le fait de ne pas bouger la communication familiale » (4) « j'étais gênée par le fait de se centrer sur la parole de l'enfant (la forme) et non sur le fond, l'échange » (14) « j'étais dérangée par le fait de faire des commentaires sur la forme justement » (17)	3	37,5%
Aspect rigide de la méthode	« je pensais que la méthode était beaucoup plus [...] rigide » (7) « le cadre strict et précis me faisait hésiter » (12)	2	25%
Méthode coercitive	« je pensais que la méthode était beaucoup plus coercitive [...] et qu'elle mettait en avant les notions de 'bien' et 'mal' faire » (7)	1	12,5%
Conditionnement	« le conditionnement me gênait » (4)	1	12,5%
Focalisation unique sur le symptôme et plus sur le patient	« peur de ne s'intéresser qu'au bégaiement et pas à l'enfant, ce qui n'est pas du tout le cas » (5)	1	12,5%
Effet sur le long terme d'une méthode comportementale	« programme très comportemental, j'avais de gros a priori sur la durée dans le temps » (8)	1	12,5%
Echos négatifs	« les échos entendus n'étaient pas positifs (d'autres orthophonistes françaises qui avaient entendu parler du programme...) » (17)	1	12,5%
Appréhension	« Pas de réticence, mais une appréhension	1	12,5%

quant aux résultats/ efficacité	au début (est-ce que ça va marcher comme on me l'a dit à la formation ? Est-ce que je vais y arriver ?), qui s'est rapidement estompée. » (9)		
---------------------------------	---	--	--

10 Non réponses et 2 réponses Hors Sujet

Q23. Comment vivez-vous ces éventuels changements ?

Thèmes	Extraits	Fréquences absolues (N=12)	Fréquences relatives
Positivement	« bien ! » (5) « très bien » (8) « bien » « bien ! » (13) « très positivement » (14) « évolution [...] positive dans cette prise en charge » (15) « je vis très bien ces changements » (19)	6	50%
Apports intéressants donnant à réfléchir	« c'est très intéressant » (1) « cela m'a bien donné à réfléchir sur mon rôle de thérapeute, ma pratique et les différentes portes d'entrée thérapeutiques possibles » (14) « une évolution très intéressante [...] » (15) « résolution de problèmes : c'est un domaine où justement on ne doit pas trop guider, si c'est nous qui trouvons les réponses, ce n'est pas très motivant pour les parents. Je crois que c'est à nous de leur poser les bonnes questions pour qu'ils trouvent les réponses eux-mêmes et les appliquent. » (11)	4	33%
Outil efficace	« ça fonctionne » (1) « c'est un outil très précieux et efficace pour les cas où les autres approches ne suffisaient pas » (14)	2	16,5%
Amélioration de la relation	« comme un plus dans le relationnel » (10)	1	8%
Plus armé, accompagné	« c'est agréable car on ne se sent plus seul face aux difficultés de l'enfant » (11)	1	8%
Une meilleure reconnaissance du statut de l'orthophoniste	« davantage de reconnaissance des parents vis-à-vis de notre action et statut d'ortho » (11)	1	8%
Coacher une équipe	« J'ai vraiment l'impression de former une équipe. Dans l'équipe, nous avons tout de même une position un peu différente : il s'agit de remotiver les troupes avec gaieté lorsque l'enthousiasme ou la motivation baisse. » (18)	1	8%

Q25. De quelle façon ou en quoi cela a-t-il changé ?

Thèmes	Extraits	Fréquences absolues (N=16)	Fréquences relatives
Elargissement aux autres pathologies	« j'utilise la grille de sévérité pour d'autres prises en charge du bégaiement (ado, adultes... » (1) « j'utilise beaucoup plus le renforcement positif dans toutes mes prises en charge » (5) « je pose un cadre plus strict pour toutes les pathologies. J'annonce explicitement, quelle que soit la pathologie [...]» (9) « pour toutes les pathologies, je m'inspire maintenant du programme Lidcombe » (18) « j'utilise la notion d'échelle de sévérité du trouble dans d'autres pathologies » (19)	5	31%
Ouverture d'esprit/ changement de point de vue	« le programme Lidcombe ouvre l'esprit et permet de penser différemment » (7) « une vision cognitivo-comportementale (que j'apprécie aussi au travers de ma formation à d'autres programmes Camperdown, LSVT...) et qui m'enrichit dans ma pratique d'orthophoniste » (14) « oser des méthodes nouvelles » (15) « le programme Lidcombe ouvre d'autres perspectives » (19) « l'attention à la forme (et à la valorisation) m'a finalement semblée intéressante » (20)	5	31%
Outil disponible supplémentaire	« j'ai un outil de plus et qui est simple à appliquer » (3) « une 'arme' nouvelle dans le bégaiement le traitement du bégaiement précoce » (13) « je peux utiliser un nouvel outil qui permet de m'adapter à la situation » (16)	3	19%
Démarche différente qui permet d'y arriver	« voir que même quand on croit que les choses ne peuvent pas changer, finalement elles changent si on s'y prend différemment » (7) « j'annonce [...] ça va marcher à condition qu'on se voit tout le temps et qu'on travaille comme ça » (9) « Le programme Lidcombe [...] propose une approche différente » (19)	3	19%
Agir plus directement	« accès aux thérapies 'directes ' » (2) « aborder plus directement » (8) « j'annonce maintenant explicitement » (9)	3	19%
Partir du positif	« se baser sur ce qui va bien » (8) « je suis [...] plus positive aussi »	2	12,5%
Plus cadrante	« je pose un cadre plus strict pour toutes les pathologies » (9) « je suis de façon plus générale beaucoup plus cadrante qu'avant » (12)	2	12,5%
Meilleure	« davantage d'engagement vis-à-vis de la	1	6%

implication dans la réussite d'une thérapie du bégaiement	thérapie » (11)		
Une meilleure relation avec l'enfant et avec les parents	« davantage de connivence avec l'enfant et ses parents » (11)	1	6%
Apprécier l'autonomie des parents	« j'aime cette interaction linéaire avec les parents, elle les responsabilise et les autonomise » (14)	1	6%
Vision différente des parents	« voir les parents autrement » (15)	1	6%
Outil video	« utiliser la vidéo, c'est surtout ce dernier point qui me fait changer professionnellement » (15)	1	6%