

## **Inventaire du contenu et des types de traitement du bégaiement en Wallonie et en Flandre**

Sabine Van Eerdenbrugh<sup>a</sup>, Véronique Stuyvaert, & Kurt Eggers<sup>a, c</sup>

<sup>a</sup> Formation Orthophoniste et Audiologie, Haute École Thomas More, Anvers

<sup>c</sup> Département de Psychologie et Orthophonie, Université de Turku, Finlande

sabine.vaneerdenbrugh@thomasmore.be, v.stuyvaert@gmail.com,

kurt.eggerts@thomasmore.be

### **Auteur correspondant**

Sabine Van Eerdenbrugh

Sint Andriesstraat 2

2000 Anvers

Belgique

Téléphone: +32 485 152 033

## Résumé

**Objectif :** Répertorier et comparer le contenu et les types de traitement du bégaiement utilisés en Flandre et en Wallonie.

**Méthode :** Le groupe de répondants était composé de 24 logopèdes thérapeutes du bégaiement wallons et de 58 logopèdes thérapeutes du bégaiement flamands. Ces derniers ont répondu à une enquête Qualtrics en ligne sur l'utilisation des techniques de traitement, divisées en quatre groupes : « Travailler sur les pensées et les émotions », « Travailler sur les comportements de parole », « Travailler sur les compétences de communication » et « Autres techniques ».

**Résultats :** Les logopèdes thérapeutes flamands travaillent plus sur l'impact cognitif-émotionnel du bégaiement que les logopèdes thérapeutes wallons. Dans les deux régions du pays, les logopèdes thérapeutes se focalisent plus souvent sur les pensées, les émotions et les compétences en communication que sur les techniques d'expression. La méthode la plus couramment utilisée en Wallonie est le programme Lidcombe, qui est particulièrement peu utilisé en Flandre. La méthode la plus couramment utilisée en Flandre est la thérapie cognitivo-comportementale. Il n'y a pas de différence significative dans les techniques utilisées par les logopèdes thérapeutes du bégaiement diplômés récemment et celles utilisées par leurs aînés.

**Conclusion :** Ce que les répondants appliquent en termes de techniques du bégaiement est déterminé régionalement et est significativement différent entre les deux régions du pays. En Wallonie, les approches de « fluency shaping » sont plus souvent utilisées, alors qu'en Flandre, ce sont les approches de « stuttering modification ».

**Mots clés :** Bégaiement – Traitement du bégaiement – Wallonie – Flandre – Techniques

## Introduction

Le bégaiement fait référence au discours perturbé d'une personne. Les moments de bégaiement sont des répétitions de sons, de syllabes ou de mots monosyllabiques, d'allongements de sons, des blocages ou des mots interrompus (Ambrose & Yairi, 1999). Ceux-ci sont souvent accompagnés de tensions et de comportements associés tels que des mouvements de la tête ou du visage ou d'une modification de la respiration. Il peut y avoir également une anxiété qui impacte la vie quotidienne (DSM-5 ; American Psychiatric Association, 2013). La cause du bégaiement n'est pas complètement identifiée mais il est clair qu'un déficit neurophysiologique est à l'origine de la communication perturbée (Büchel & Sommer, 2004; Chang, Garnett, Etchell, & Chow, 2018). Des recherches récentes confirment que le lien entre les structures auditives et motrices de la parole dans le cerveau est perturbé, tout comme celui entre les structures responsables de la planification de la parole, telles que l'initiation ou la synchronisation d'éléments de la parole (entre autres Alm, 2004; Chang et al., 2018; Neef, Anwender, & Friederici, 2015). Chez les adultes et les enfants qui bégaiement, des anomalies ont été observées dans les structures de l'hémisphère gauche, telles qu'une masse cérébrale blanche ou grise réduite, une circulation sanguine réduite et une activation anormale dans les zones motrices de la parole (Chang et al., 2018). Outre ce déficit neurophysiologique, il apparaît clairement que des facteurs internes, tels que les ressentis de la personne qui bégaiement aux moments de la communication (anxiété, excitation, peur des évaluations négatives, expérience du stress cognitif etc.) influencent l'apparition et la sévérité du bégaiement (Packman, 2012; Smith & Weber, 2017). Enfin, les déclencheurs externes jouent également un rôle dans le développement du bégaiement (Bezemer & Bouwen, 2018). Les réactions verbales de l'enfant et de l'interlocuteur en est un exemple.

Globalement, le bégaiement survient chez environ 1% de la population adulte (Bloodstein & Ratner, 2008). La prévalence du bégaiement chez les enfants préscolaires jusqu'à l'âge de 6 ans est beaucoup plus élevée ; autour de 5% (Conture, 2001; Yairi & Ambrose, 1999). Des recherches récentes montrent qu'environ 8% des enfants d'âge préscolaire bégaiement ou ont bégayé (e.a. Reilly et al., 2009; Yairi & Ambrose, 2013). Deux phénomènes sont responsables de la baisse de la prévalence avec l'âge : (1) dans une proportion d'enfants d'âge préscolaire le bégaiement disparaît spontanément sans traitement (Yairi & Ambrose, 1999, 2013); (2) les traitements du bégaiement à l'âge préscolaire ont de fortes chances de réduire ou d'éliminer le bégaiement (Baxter et al., 2015; Blomgren, 2013; Bothe, Davidow, Bramlett, & Ingham, 2006; Nye et al., 2013; Pertijs et al., 2014).

Le bégaiement peut avoir un impact négatif majeur sur la vie d'une personne. La recherche montre que les enfants eux-mêmes ou leurs pairs réagissent au bégaiement (Boey, 2003;

Langevin, Packman, & Onslow, 2009), les parents s'inquiètent du bégaiement de leur enfant (Langevin, Packman, & Onslow, 2010) et les enfants de l'école primaire et les adolescents qui bégaiement sont régulièrement harcelés ou sont plus vulnérables que leurs pairs qui ne bégaiement pas (Blood & Blood, 2004, 2007; Blood et al., 2012; Davis, Howell, & Cooke, 2012). Les adultes qui bégaiement semblent être six à sept fois plus susceptibles de développer un trouble anxieux (Iverach et al., 2009a). Enfin, le bégaiement peut également avoir un impact sur le niveau de l'éducation ou les activités professionnelles d'un adulte qui bégaiement (Klein & Hood, 2004; O'Brian, Jones, Packman, Menzies, & Onslow, 2011). Il est donc très important que les personnes qui bégaiement reçoivent à temps une aide appropriée.

Historiquement, il existe deux grandes tendances dans le traitement du bégaiement : la « stuttering modification » et la « fluency shaping ». Une approche axée sur la « stuttering modification » met l'accent sur la réduction de l'anxiété de parole, les attitudes négatives et les comportements d'évitement. Les patients prennent conscience de leurs moments de bégaiement et apprennent à les produire, étape par étape, avec moins de tension (Shapiro, 1999). L'approche MIDVAS de Van Riper (Van Riper, 1973) en est un exemple typique. Les patients passent par différentes phases telles que l'identification, la désensibilisation et la modification du bégaiement. Les approches de « fluency shaping » utilisent les principes (opérants) de modification du comportement pour générer une parole fluide de manière très structurée ; ils ne se focalisent pas sur le changement des ressentis et des attitudes, mais vivent (expérimentent) leur diminution grâce à l'amélioration de la fluence. L'accent est mis ici sur l'utilisation de techniques d'expression orale (Manning, 2010). Le programme « Gradual Increase in Length and Complexity of Utterance (GILCU, Ryan, 2012) et le programme Camperdown (O'Brian et al., 2017) en sont des exemples.

En pratique, les outils des deux approches sont souvent combinés, en fonction des besoins du patient (Blomgren, Roy, Callister, & Merrill, 2005; Shapiro, 1999) bien que certains spécialistes estiment que cela n'est pas approprié en raison des différents principes de bases.

Une approche peut aussi avoir plusieurs objectifs, mais elle en a généralement un principal. Par exemple, Guitar (2006) subdivise les approches principalement en réduction : (1) de la fréquence du bégaiement, (2) de l'anomalie du bégaiement, (3) des pensées, attitudes négatives et comportements d'évitement et (4) sur celles qui se concentrent sur l'amélioration de la communication globale.

Lors de l'élaboration du plan de traitement, le logopède thérapeute choisit idéalement des techniques et des approches qui répondent aux attentes et à la demande du patient ou de sa famille et pour lesquelles il existe des preuves d'efficacité. Cependant, différentes approches ont relativement peu de données d'efficacité (scientifiquement documentées) à ce jour (Eggers, 2017). Toutefois, cela ne signifie pas que l'approche est inefficace et qu'elle devrait

d'être remplacée par une approche pour laquelle des données d'efficacité, souvent limitées, sont disponibles (Bernstein-Ratner, 2006; Eggers, 2018). Afin de permettre une prise de décision logopédique éclairée, le logopède thérapeute du bégaiement doit avoir une connaissance suffisante des approches qui fonctionnent (et de celles qui ne fonctionnent pas) et des autres aspects, tels que la relation patient-thérapeute, qui jouent un rôle important dans les progrès au sein du traitement (Eggers, Millard & Yaruss, 2018).

Baxter et al. (2015), Bothe et al. (2006) ainsi que Nye et al. (2013) ont procédé à une revue systématique afin de déterminer l'efficacité des traitements du bégaiement pour adultes et enfants. Bothe et al. (2006) ont évalué dans 39 publications si la fréquence du bégaiement avait diminué et si les variables sociales, émotionnelles et cognitives étaient améliorées immédiatement après le traitement et après six mois de suivi. Nye et al. (2013) ont inclus neuf études de contrôle randomisées dans leur analyse pour les enfants et les adolescents qui bégaiement. Baxter et al. (2015) ont retenu des critères plus larges incluant 112 publications dans leur revue et ont classé les traitements de ces publications en cinq types de traitements du bégaiement :

- (1) Feedback et traitements assistés par la technologie (22/112, 19,6% des publications) : cela inclut les traitements du bégaiement qui utilisent le feedback auditif retardé ou le feedback auditif modifié, mais également les traitements qui, par exemple, utilise l'électromyographie. Les résultats de ces traitements n'étaient pas sans équivoques en raison de la petite échelle des études. Celles-ci devraient être répliqués (Baxter et al., 2015; Bothe et al., 2006; Nye et al., 2013).
- (2) Traitements cognitifs (6/112, 5,4% des publications) : ces traitements sont donnés séparément ou en association avec un traitement du bégaiement. Un exemple bien connu est la Thérapie Cognitivo-Comportementale (Cognitive Behaviour Therapy ou CBT; Beck, 2013). Une différence significative dans le perfectionnisme et l'attitude de communication a été rapportée après la CBT. Avec d'autres traitements, notamment basés sur les principes de la pleine conscience, les résultats du traitement n'étaient pas sans ambiguïtés (Baxter et al., 2015).
- (3) Modification du comportement (29/112, 25,9% des publications) : la plupart des publications sur ce type de traitement du bégaiement ont utilisé le Programme Lidcombe (Onslow et al., 2017), un programme destiné aux enfants d'âge préscolaire qui bégaiement. Ces publications ont signalé une réduction de la fréquence du bégaiement (Baxter et al., 2015; Bothe et al., 2006; Nye et al., 2013). Déjà auparavant, les traitements indirects pour les enfants d'âge préscolaire qui mettent l'accent sur un changement de comportement familial, tels que le programme Palin Parent-Child Interaction (Kelman & Nicholas, 2008) ont également fait état d'un résultat positif du traitement (Baxter et al., 2015). Des recherches récentes aux Pays-

Bas ont montré qu'à long terme, l'efficacité du traitement indirect, tel que celui basé sur le Modèle des Demandes et Capacités (DCM), est égale à celle du Programme Lidcombe (De Sonnevile-Koedoot, Stolk, Rietveld, & Franken, 2015). Blomgren (2013) distingue trois catégories en termes de modification du comportement chez l'enfant : les traitements multifactoriels du bégaiement, les traitements basés sur les principes du conditionnement opérant et les traitements combinés. Pour les adultes, il distingue les traitements de modification du comportement en mettant l'accent sur la gestion du bégaiement, la restructuration de la parole et les traitements globaux.

- (4) Interventions motrices de la parole (18/112, 16% des publications) : la plupart des publications ont cherché à décrire un nouveau modèle de parole chez les adultes qui bégaiement, comme la parole prolongée (« prolonged speech », e.a. le Programme Camperdown; O'Brian et al., 2017) où une fréquence de bégaiement réduite a été systématiquement signalée (Baxter et al., 2015; Bothe et al., 2006; Nye et al., 2013). Avec le « syllable timed speech », une autre approche mais connexe, les résultats obtenus étaient individuellement différents.
- (5) Combinaison de traitements de motricité de la parole et de traitements cognitifs (18/112, 16% des publications) : outre une fréquence et une sévérité du bégaiement réduites, de meilleures notes sur d'autres éléments (tels que l'évitement) ont également été rapportées (Baxter et al., 2015). En outre, Baxter et al. décrivent brièvement plusieurs traitements à outils multiples (11/112, 9,8% des publications), tels que relaxation, aspects cognitifs, éléments de gestion autonome etc. Ces publications décrivent une variation individuelle considérable des résultats. Ils ont également discuté de 8 publications (8/112, 7,1% des publications) comparant les traitements du bégaiement à d'autres traitements, notamment la CBT avec traitement de la parole chez les adultes, l'augmentation progressive de la longueur et de la complexité des énoncés (GILCU) avec feedback auditif retardé et le programme Restart-DCM avec le Programme Lidcombe. Bien que ces publications aient toujours signalé une fréquence de bégaiement réduite, il est nécessaire de réaliser des répliques des études avant de pouvoir généraliser ce résultat. La CBT a également permis de réduire l'anxiété et les comportements d'évitement (Baxter et al., 2015; Nye et al., 2013).

Certains traitements, telle que l'acupuncture, ont clairement révélé qu'ils n'ont aucun effet sur le bégaiement (Bothe et al., 2006).

Les directives néerlandaises « Stotteren bij kinderen, adolescenten en volwassenen » (Pertjans et al., 2014), ainsi que les directives allemandes « Leitlinie Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen » (Neumann et al., 2016)

décrivent la littérature internationale et nationale sur les traitements du bégaiement qui signalent une amélioration du résultat. Celles-ci ont été converties par les auteurs en conseils concrets à l'intention du logopède thérapeute du bégaiement, lui permettant de prendre des décisions éclairées en vue de traiter une personne qui bégaie ou de faire le suivi d'une récupération spontanée.

Il existe donc beaucoup de choses dans la littérature sur les types de traitements du bégaiement. Cependant, il n'est certainement pas aisé de savoir comment le bégaiement est traité en Belgique. Avec cette étude, nous avons voulu faire le point sur les manières dont les adultes, les enfants d'âge scolaire et les enfants d'âge préscolaire qui bégaient sont traités dans la pratique logopédique en Belgique. Les questions de recherche étaient :

- (1) Quelles techniques sont principalement utilisées en Wallonie et en Flandre ?
- (2) Y a-t-il des différences régionales dans la mise en œuvre du traitement du bégaiement ?
- (3) Le niveau d'expérience du logopède thérapeute du bégaiement, joue-t-il un rôle dans le choix du traitement du bégaiement ?
- (4) Le niveau de formation du logopède thérapeute du bégaiement, joue-t-il un rôle dans le choix du traitement du bégaiement ?

## Méthode

Un questionnaire électronique Qualtrics a été préparé par deux étudiants en dernière année du cours de logopédie et d'audiologie de la Haute École Thomas More (Anvers), puis finalisé par les auteurs en collaboration avec le « Fluency Committee » de l' « International Association of Logopedics and Phoniatrics » (IALP). La première partie du questionnaire était une section démographique comprenant 16 questions sur le sexe, l'âge, le type de formation en logopédie, le type de spécialisation en bégaiement, le cadre et la planification du travail, l'expérience et le degré de confiance en soi dans le traitement du bégaiement (sur une échelle de 10).

Après ces questions générales suivaient des questions détaillées sur les techniques et procédures utilisées dans l'interprétation thérapeutique. Après une discussion approfondie au sein du comité de maîtrise de l'IALP, ceux-ci ont été regroupés sous quatre rubriques :

- (1) Travail sur l'impact cognitif et émotionnel du bégaiement avec le patient ou l'entourage (9 questions) ;
- (2) Travail sur le comportement de parole avec le patient ou les soignants (19 questions) ;

(3) Travail sur les habiletés de communication avec le patient ou les soignants (4 questions) ;

(4) Autres techniques thérapeutiques (7 questions).

A chaque fois, on a demandé au répondant s'il travaillait avec la technique et, dans l'affirmative, avec quel(s) groupe(s) d'âge. La version française du questionnaire a été vérifiée par la seconde auteur.

Le questionnaire électronique a été envoyé aux logopèdes et aux spécialistes du bégaiement en Wallonie et en Flandre. Les coordonnées des logopèdes et logopèdes thérapeutes du bégaiement en Flandre ont été obtenues sur le site web de l'Association flamande des logopèdes (VVL), du centre d'information, de recherche et de formation sur le bégaiement (CIOOS) et de « l'European Clinical Specialisation in Fluency Disorders » (ECSF). Les coordonnées des logopèdes et logopèdes thérapeutes du bégaiement en Wallonie ont été obtenues principalement sur le site web de l'Union Professionnelle de Logopèdes Francophones (UPLF). La figure 1 donne un aperçu du recrutement.

#### LA FIGURE 1 ICI

Le groupe des répondants était composé de 82 logopèdes thérapeutes du bégaiement, dont 24 exerçant en Wallonie et 58 en Flandre. Presque tous les répondants étaient des femmes (80/82). Un seul répondant ne s'est pas spécialisé dans le bégaiement après l'obtention de son diplôme. Parce que cette personne apparaît d'avoir une expérience suffisante dans le traitement des personnes qui bégaiant, elle a néanmoins été maintenue dans le groupe des répondants. Presque tous les répondants travaillent dans un cabinet privé et plus de cinq jours par semaine. Une majorité (n = 52) possède plus de cinq ans d'expérience dans la pratique de la logopédie. Une majorité (n = 57) a indiqué être confiante dans le traitement des personnes qui bégaiant (score de  $\geq 7$  sur une échelle de 10 où 0 = aucune confiance, 10 = confiance extrême).

Le questionnaire était vaste, ce qui a conduit relativement peu de répondants à remplir (presque) complètement le questionnaire (25,1%), avec un taux de réponses similaire pour les répondants flamands et wallons. Deux logopèdes thérapeutes du bégaiement wallons ont indiqué qu'ils n'exerçaient plus dans le domaine du bégaiement. Six logopèdes thérapeutes du bégaiement wallons et 26 flamands n'ont pas rempli le questionnaire entièrement ; leurs réponses n'ont pas été incluses dans cette étude. Deux logopèdes thérapeutes du bégaiement wallons et deux flamands n'ont pas répondu à la dernière question ; leurs réponses ont toutefois été incluses dans l'analyse.

Les données ont été traitées avec des tableaux de fréquences et le test du  $\chi^2$  de Pearson. L'impact des variables « région » (n = 24 pour la Wallonie et n = 58 pour la

Flandre), « degré d'expérience » ( $n = 52$  pour  $\geq 6$  ans d'expérience et  $n = 30$  pour  $< 6$  ans d'expérience) et « niveau d'études » ( $n = 54$  bachelor,  $n = 23$  master,  $n = 5$  doctorat), a été examiné sur l'application de techniques de bégaiement individuelles et en groupe par composant. Le « degré d'expérience » entre les logopèdes thérapeutes du bégaiement flamands et wallons ne diffère pas significativement ( $\chi^2 = 1,55$ ,  $p = .69$ ), mais les niveaux d'études ( $\chi^2 = 6,55$ ,  $p = .04$ ) diffèrent significativement, avec plus de diplômes de Masters en Flandre qu'en Wallonie ( $n = 21$  contre  $n = 2$ ).

## Résultats

La figure 2 montre le pourcentage des techniques utilisées par les logopèdes thérapeutes du bégaiement wallons et flamands. Pour cela, le rapport des techniques appliquées sur le nombre total de techniques dans le questionnaire a été pris en compte. La tendance est la même pour la Wallonie et la Flandre : les deux techniques axées sur la parole et les programmes spécifiques au bégaiement sont appliqués moins fréquemment que les autres groupes de techniques.

LA FIGURE 2 ICI

LE TABLEAU 1 ICI

Le tableau 1 en donne un aperçu plus détaillé et montre à chaque fois les techniques utilisées par plus de 75% des logopèdes thérapeutes wallons ou flamands. Toutes (9/9) les techniques qui se concentrent sur les aspects socio-émotionnels, toutes (4/4) les techniques qui se concentrent sur les compétences en communication et presque toutes (6/7) les autres techniques sont fréquemment utilisées par la plupart des logopèdes thérapeutes du bégaiement wallons et flamands. Sur les 19 techniques axées sur le comportement de parole, sept sont régulièrement utilisées. Seuls deux (2/17) programmes spécifiques sont fréquemment utilisés : la thérapie cognitivo-comportementale et le Programme Lidcombe.

Pour déterminer si la région a une influence sur l'utilisation des techniques par les logopèdes thérapeutes du bégaiement en Belgique, le nombre total de techniques par groupe a d'abord été examiné, ensuite les techniques individuelles. Les logopèdes thérapeutes du bégaiement flamands utilisent beaucoup plus de techniques mettant l'accent sur les aspects socio-émotionnels que les logopèdes thérapeutes du bégaiement wallons ( $\chi^2 = 27,68$ ,  $p < .01$ ). Pour les « autres techniques », la différence se rapproche de la signification ( $\chi^2 = 11,03$ ,  $p < .05$ ). Pour appliquer les techniques axées sur le comportement langagier ( $\chi^2 = 11,43$ ,  $p = .72$ ), les compétences en communication ( $\chi^2 = 8,60$ ,  $p = .07$ ) et l'application des programmes ( $\chi^2 = 16,09$ ,  $p = .06$ ), il n'y a pas de différence significative

entre les deux groupes. La même chose a été vérifiée pour les techniques individuelles ; le tableau 2 montre quelles techniques sont les plus utilisées par les logopèdes thérapeutes du bégaiement wallons ou flamands.

#### LA TABLEAU 2 ICI

Ni le niveau d'expérience ni le niveau d'études n'ont d'influence sur l'utilisation des groupes de techniques ( $p > .05$ ) ou des techniques individuelles ( $p > .05$ ).

## Discussion

Le but de cette étude était d'identifier la façon dont les patients qui bégaièrent en Belgique sont traités en pratique. Les logopèdes thérapeutes du bégaiement en Belgique appliquent le plus souvent des techniques liées à l'impact cognitif et émotionnel du bégaiement et des compétences en communication. La différence régionale en termes d'aspects cognitifs et émotionnels est notable ; ces aspects sont appliqués beaucoup plus en Flandre qu'en Wallonie. La cause réside probablement dans l'attention particulière que l'approche thérapeutique cognitivo-comportementale a reçue en Flandre au cours des dernières décennies, l'un des cours de spécialisation ayant fortement promu cette approche. Bien qu'il n'y ait pas de différence de groupe dans l'application du nombre total de techniques en mettant l'accent sur le comportement langagier, il existe des différences frappantes entre les techniques utilisées préférentiellement par les logopèdes thérapeutes du bégaiement wallons et flamands. Les logopèdes thérapeutes flamands sont plus susceptibles d'appliquer des techniques liées à l'approche de modification du bégaiement telles que la correction en bloc et le pseudo-bégaiement. Les logopèdes thérapeutes wallons sont plus susceptibles d'utiliser des techniques qui visent à restructurer la parole, comme l'extension des syllabes ou l'utilisation (plutôt discutable) de la parole chuchotée, ou celles qui se concentrent sur les mécanismes sous-jacents de la production de la parole tels que les techniques de respiration et les techniques de relaxation. A cet égard, une influence évidente peut être observée à partir des techniques qui ont également été mises en avant en France en tant qu'éléments importants d'un traitement du bégaiement (e.a. Le Huche, 2005 ; Plazaola & Gauthier, 2004). Cependant, Baxter et al. (2006) ont mentionné que les études sur ces dernières techniques (telles que les techniques de relaxation) donnent des résultats qui varient considérablement individuellement. Dans les directives allemandes (Neumann et al., 2006), le travail (isolé) sur la respiration et la relaxation est même explicitement déconseillé. En outre, il est clair que les logopèdes thérapeutes wallons utilisent beaucoup

plus le feedback (commentaires verbaux) sur la parole sans bégaiement ou la parole bégayée, éléments du Programme Lidcombe.

Seuls deux programmes de thérapie du bégaiement sont utilisés par de nombreux logopèdes thérapeutes du bégaiement : le Programme Lidcombe en Wallonie et la thérapie cognitivo-comportementale en Flandre. En dehors de cette constatation, il existe des différences notables entre les deux régions : les logopèdes thérapeutes wallons appliquent beaucoup plus la « Family focused » thérapie, le Programme Camperdown (un programme de restructuration de la parole) et le « Precision fluency shaping program » alors que les logopèdes thérapeutes flamands appliquent la « Solution focused » thérapie. En comparant l'utilisation de programmes spécifiques, il est également à noter que davantage de programmes orientés vers la fluence sont introduits en Wallonie, tandis qu'en Flandre, ce sont des programmes qui visent à aborder les aspects cognitifs et émotionnels.

Il est frappant de constater que les programmes recommandés dans les directives néerlandaises (Pertijs et al. 2014) et allemandes (Neumann et al., 2016) pour le traitement du bégaiement chez les enfants d'âge préscolaire, en particulier le Programme Lidcombe et le programme basé sur les attentes et les capacités (DCM) sont appliqués par relativement peu de logopèdes thérapeutes flamands. Même chez les logopèdes thérapeutes wallons, ces derniers ne sont utilisés que dans une mesure limitée. Les facteurs explicatifs sont probablement : le manque de familiarité avec l'approche, le manque (jusqu'à récemment) d'une offre de formation continue en Flandre et l'influence du climat dominant sur l'interprétation de la thérapie du bégaiement. Entre autres, Bernstein-Ratner (2006) et Eggers (2018) ont soutenu que la disponibilité de preuves scientifiques (limitées) pour une certaine approche/technique ne signifie pas automatiquement qu'elle est plus efficace qu'une approche pour laquelle aucune recherche scientifique n'a encore eu lieu. Pourtant, c'est un facteur important qui devrait être inclus dans la prise de décision clinique.

Que les logopèdes thérapeutes du bégaiement appliquent des techniques telles que la modification des pensées automatiques négatives semble utile en plus de traiter les aspects liés à la parole. La recherche montre qu'un traitement de bégaiement qui se concentre uniquement sur les aspects moteurs de la parole s'avère insuffisant en soi pour maintenir le succès du traitement à long terme, certainement chez les personnes où l'anxiété joue un rôle important (Iverach et al., 2009b).

Ni le niveau d'expérience ni le niveau de formation n'ont eu d'influence sur les techniques appliquées. Il convient de noter que le niveau de formation des logopèdes thérapeutes du bégaiement n'était pas réparti également entre les deux régions. Dans le groupe des logopèdes thérapeutes wallons, peu d'entre eux ont obtenu un diplôme de master. Les résultats concernant ces questions de recherche doivent donc être interprétés avec prudence.

Une observation critique est la différence dans le nombre de répondants en Wallonie et en Flandre, qui était significativement plus élevé dans ce dernier groupe. Le recrutement en Flandre a été plus facile que le recrutement en Wallonie car les deux chercheurs viennent de Flandre, y ont un réseau plus large et y sont mieux connus, ce qui peut avoir influencé le taux de réponse. D'autre part, on peut également affirmer que le nombre différent de répondants reflète correctement le nombre d'habitants des régions respectives.

## Conclusion

Cette recherche a permis de déterminer les techniques, approches et programmes que les logopèdes thérapeutes du bégaiement wallons et flamands appliquent pour traiter le bégaiement. En plus d'un certain nombre de similitudes, telles que le fait que les compétences cognitives, émotionnelles et communicatives sont utilisées plus souvent que la pratique de techniques langagières spécifiques, un certain nombre de différences régionales ont été constatées, à la fois en termes de techniques et de programmes spécifiques.

## Remerciements

Cette recherche a été soutenue par La Haute École Thomas More à Anvers et faisait partie des thèses de bachelor de Lieske dutron (dutron, 2018) et Imke Peeters (Peeters, 2018). Les auteurs souhaitent remercier tous les logopèdes thérapeutes du bégaiement pour leur coopération.

## Références

- Alm, P. A. (2004) Stuttering and the basal ganglia circuits: A critical review of possible relations. *Journal of Communication Disorders*, 37(4), 325-369.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcomdis.2004.03.001>
- Ambrose, N. G., & Yairi, E. (1999). Normative disfluency data for early childhood stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(4), 895–909.  
<https://doi.org/10.1044/jslhr.4204.895>

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. ISBN 978-0-89042-555-8.
- Baxter, S., Johnson, M., Blank, L., Cantrell, A., Brumfitt, S., Enderby, P., & Goyder, E. (2015). The state of the art in non-pharmacological interventions for developmental stuttering. Part 1: a systematic review of effectiveness. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 50 (5), 676–718. Doi: 10.1111/1460-6984.12171.
- Beck, J. S. (2013). *Cognitieve gedragstherapie: Theorie en praktijk*. New York: The Guilford Press.
- Bernstein-Ratner, N., & Tetnowski, J.A. (2006). *Current issues in stuttering treatment and practice*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Bezemer, M., & Bouwen, J. (2018). *Stotteren: Van theorie naar therapie*. Bussum: Coutinho.
- Blood, G. W., & Blood, I. M. (2004). Bullying in adolescents who stutter: Communicative competence and self-esteem. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 31(Spring), 69-79. [https://doi.org/10.1044/cicsd\\_31\\_s\\_69](https://doi.org/10.1044/cicsd_31_s_69)
- Blood, G. W., & Blood, I. M. (2007). Preliminary study of self-reported experience of physical aggression and bullying of boys who stutter: Relation to increased anxiety. *Perceptual and Motor Skills*, 104(3), 1060-1066. <https://doi.org/10.2466/pms.104.3.1060-1066>
- Blood, G. W., Blood, I. M., Tramontana, M., Sylvia, A. J., Boyle, M. P., & Motzko, G. R. (2012). Self-reported experience of bullying of students who stutter: Relations with life satisfaction, life orientation, and self-esteem. *Perceptual and Motor Skills*, 118(2), 353-364. <https://doi.org/10.2466/07.10.15.17.pms.113.5.353-364>
- Bloodstein, O., & Ratner, N. B. (2008). *A handbook on Stuttering*. Canada: Thomson, Delmar learning.
- Blomgren, M. (2013). Behavioral treatments for children and adults who stutter: A review. *Psychology research and behavior management*, 6, 9-19. <https://doi.org/10.2147/prbm.s31450>
- Blomgren, M., Roy, N., Callister, T., & Merrill, R. M. (2005). Intensive stuttering modification therapy: A multidimensional assessment of treatment outcomes. *Journal of speech, language and hearing research*, 48, 509-523. [http://doi.org/10.1044/1092-4388\(2005/035\)](http://doi.org/10.1044/1092-4388(2005/035))
- Boey, R. (2003). *Stotteren en stottertherapie bij heel jonge kinderen: Sociaal-cognitieve gedragstherapie*. Leuven: Acco.
- Bothe, A. K., Davidow, J. H., Bramlett, R. E., & Ingham, R. J. (2006). Stuttering treatment research 1970-2005: I. Systematic review incorporating trial quality assessment of

- behavioral, cognitive, and related approaches. *American Journal of Speech, Language Pathology*, 15(4), 321-41.
- Büchel, C. & Sommer, M. (2004). Unsolved Mystery: What Causes Stuttering? *PlosBiology*, 2(2), 0159-0163. DOI: 10.1371/journal.pbio.0020046
- Chang, S. E., Garnett, E. O., Etchell, A., & Chow, H. M. (2018). Functional and Neuroanatomical Bases of Developmental Stuttering: Current Insights. *Neuroscientist*, Sep 28:1073858418803594. doi: 10.1177/1073858418803594.
- Conture, E. G. (2001). *Stuttering: It's nature, diagnosis, and treatment*. Boston: Allyn & Bacon.
- Davis, S., Howell, P., & Cooke, F. (2012). Sociodynamic relationships between children who stutter and their non-stuttering classmates. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(7), 939-947. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00093>
- De Sonnevile-Koedoot, C., Stolk, E., Rietveld, T., & Franken. M. C. (2015). Direct versus indirect treatment for preschool children who stutter: The restart randomized trial. *PLoS ONE*, 10(7), E0133758. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133758>
- Dutron, L., (2018). *Inventarisatie van de inhoud en vorm van stottertherapieën in België: Wallonië. (Niet gepubliceerd eindwerk)*. Thomas More Hogeschool, Antwerpen.
- Eggers, K. (2017, September). *Evidence-based practice: Friend or foe for young clinicians*. Lecture presented at the Oxford Disfluency Conference, Oxford.
- Eggers, K. (2018, July). *Improving the effectiveness of fluency therapists: above and beyond evidence-based treatments*. Lecture presented at the world congress of the International Fluency Association, Hiroshima.
- Eggers, K., Millard, S., & Yaruss, J. S. (2018, November). *Instead of debating the differences across stuttering treatments: Let's discuss the commonalities*. Keynote presented at the annual convention of the American Speech-Language-Hearing Association, Boston.
- Guitar, B. (2006). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment (3<sup>rd</sup> edition)*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Iverach, L., O'Brian, S., Jones, M., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., ... Onslow, M. (2009a). Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 928-934. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.06.003>
- Iverach, L., Jones, M., O'Brian, S., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., ... Onslow, M. (2009b). The relationship between mental health disorders and treatment outcomes among adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 34(1), 29-43. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.02.002>

- Kelman, E., & A., Nicholas (2008). *Practical intervention for early childhood stammering: Palin PCI approach*. Milton Keynes: Speechmark Ltd.
- Klein, J. F., & Hood, S. B. (2004). The impact of stuttering on employment opportunities and job performance. *Journal of fluency disorders*, 29(4), 255-273.  
<https://soi.org/10..1016/j.jfludis.2004.08.001>.
- Langevin, M. Packman, A., & Onslow, M. (2009). Peer responses to stuttering in the preschool setting. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 18(3), 264-276. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2009/07-0087\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2009/07-0087))
- Langevin, M., Packman, A., & Onslow, M. (2010). Parent perceptions of the impact of stuttering on their preschoolers and themselves. *Journal of Communication Disorders*, 43(5), 407-423. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2010.05.003>
- Le Huche, F. (2005). *Le bégaiement, option guérison*. Paris: Editions Albin Michel.
- Manning, W. (2010). *Clinical decision making in fluency disorders (3<sup>rd</sup> edition)*. Clifton Park: Delmar, Cengage Learning.
- Neef, N. E., Anwender, A., & Friederici, A. D. (2015). The Neurobiological Grounding of Persistent Stuttering: from Structure to Function. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 15:63. DOI 10.1007/s11910-015-0579-4
- Neumann, K., Euler, H. A., Bosshardt, H. G., Cook, S., Sandrieser, P., Schneider, P., Sommer, M., Thum, G. (2016). *Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen. Evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie, AWMF-Registernummer 049-013, Version 1. 2016*. Beschikbaar op <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/049-013.html>
- Nye, C., Vanryckeghem, M., Schwartz, J. B., Herder, C., Turner, H. M., & Howard, C. (2013). Behavioral stuttering interventions for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 56(3), 921. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2012/12-0036\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2012/12-0036))
- O'Brian, S., Carey, B., Lowe, R., Onslow, M., Packman, A., & Cream, A. (2017). *The Camperdown Program: Stuttering treatment guide*. Beschikbaar op <https://sydney.edu.au/health-sciences/asrc/docs/Camperdown%20Program%20Treatment%20Guide%2024%20Feb%202017.pdf>
- O'Brian, S., Jones, M., Packman, A., Menzies, R., & Onslow, M. (2011). Stuttering severity and educational attainment. *Journal of Fluency Disorders*, 36(2), 86-92. <https://doi.org/10..1016/j.jfludis.2011.02.006>
- Onslow, M., Webber, M., Harrison, E., Arnott, S., Bridgman, K., ... Lloyd, W. (2017). *The Lidcombe Program: Treatment guide*. Beschikbaar op <http://sydney.edu.au/health->

- sciences/asrc/docs/Lidcombe%20Program%20Treatment%20Guide%20December%202017.pdf
- Packman, A. (2012). Theory and therapy in stuttering: A complex relationship. *Journal of Fluency Disorders*, 37(4), 225-233. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.05.004>
- Peeters, I. (2018). *Inventarisatie van de inhoud en vorm van stottertherapieën in België: Vlaanderen. (Niet gepubliceerd eindwerk)*. Thomas More Hogeschool, Antwerpen.
- Pertijts, M. A. J., Oonk, L. C., Beer, de J. J. A., Bunschoten, E. M., Bast, E. J. E. G., Ormondt, van J., Rosenbrand, C. J. G. M., Bezemer, M., Wijngaarden, van L. J., Kalter, E. J. & Veenendaal, van H. (2014). *Evidence-based Richtlijn Stotteren bij kinderen, adolescenten en volwassenen*. Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, Woerden.
- Plazaola de, C., & Gauthier, F. (2004). *Bilan du bégaiement pour l'adulte et approche rééducative*. Gap: Editions Solal.
- Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Wake, M., Bavin, E., Prior, M., et al. (2009). Predicting stuttering onset by age of 3: A prospective, community cohort study. *Pediatrics*, 123, 270–277.
- Ryan, B. (2012). Chapter 17: The Gradual Increase in Length and Complexity of Utterance Program. In S. Jelcic Jaksic & M. Onslow (Eds.), *The Science and Practice of Stuttering Treatment: A Symposium, First Edition (pp. 221-231)*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Shapiro, D. A. (1999). *Stuttering intervention: A collaborative journey to fluency freedom*. Texas: Pro-ed.
- Smith, A., & Weber, C. (2017). How stuttering develops: The multifactorial dynamic pathways theory. *Journal of speech, language, and hearing research*, 60(9), 2483-2505. [http://doi.org/10.1044/2017\\_JSLHR-S-16-0343](http://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0343)
- Van Riper, C. (1973). *The Treatment of Stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Yairi, E., & Ambrose, N.G. (1999). Early childhood stuttering I: persistency and recovery rates. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 42(5), 1097. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4205.1097>
- Yairi, E., & Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of fluency disorders*, 38(2), 66-87. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.11.002>

Tableau 1

*Techniques appliquées par > 75% des logopèdes thérapeutes du bégaiement en Wallonie ou en Flandre*

<b>Aspects socio-émotionnels</b>	<b>Wallonie N = 24 (%)</b>	<b>Flandre N = 58 (%)</b>
Informier le patient les comportements de bégaiement	100%	96,6%
Évaluer et changer les pensées automatiques négatives	66,6%	98,3%
Explorer le langage intérieur	79,2%	91,4%
Accepter ou réduire l'anxiété dans les situations anxiogènes (prise de conscience et entraînement)	58,3%	93,1%
Énoncer explicitement les attentes/objectifs	100%	94,8%
Guider l'entourage en l'absence du patient	95,8%	89,7%
Aider à devenir moins sensible aux moments de bégaiement	79,2%	98,3%
Aider à devenir moins sensible aux situations anxiogènes	70,8%	96,6%
Apprendre à gérer les problèmes ou le stress (plan cognitif et émotionnel)	75,0%	96,6%
<b>Comportement langagier</b>	<b>Wallonie N = 24 (%)</b>	<b>Flandre N = 58 (%)</b>
Prolongation les syllabes	87,5%	44,8 %
Attaques douces (Easy vocal onset)	75,0%	63,8%
Correction pendant les blocages (pull out)	41,7%	79,3%
Pseudo-bégaiement : prise de conscience/désensibilisation	70,8%	86,2%
Pseudo-bégaiement pour exercer d'autres techniques	29,2%	81,0%
Apprendre l'entourage à donner du feedback	83,3%	15,5%
Gérer les réactions des interlocuteurs sur la parole bégayée	83,3%	93,1%
<b>Compétences en communication</b>	<b>Wallonie N = 24 (%)</b>	<b>Flandre N = 58 (%)</b>
Aider l'entourage à instaurer les tours de parole	79,2%	96,6%
Réduction de la pression temporelle	91,7%	89,7%
Usage d'un langage moins complexe	75,0%	81,0%
Répéter, paraphraser, reformuler avec ou sans extension	91,7%	77,6%
<b>Autres techniques</b>	<b>Wallonie N = 22 (%)</b>	<b>Flandre N = 56 (%)</b>
Mettre l'accent sur les moments de parole fluide	68,2%	78,6%
Utiliser les jeux de rôle	77,3%	96,4%
Transfert à la vie quotidienne	86,4%	91,1%
Consulter l'école et/ou l'enseignant	95,5%	92,9%
Travail sur les exigences/attentes élevées et sur le perfectionnisme	81,9%	96,4%
Utilisation d'au moins une approche spécifique	100%	96,4%
<b>Programmes spécifiques</b>	<b>Wallonie N = 22 (%)</b>	<b>Flandre N = 56 (%)</b>
Thérapie cognitivo-comportementale	50%	82,8%
Programme Lidcombe	77,3%	10,7%

Tableau 2

*Techniques plus ou moins significatives appliquées en Wallonie ou en Flandre*

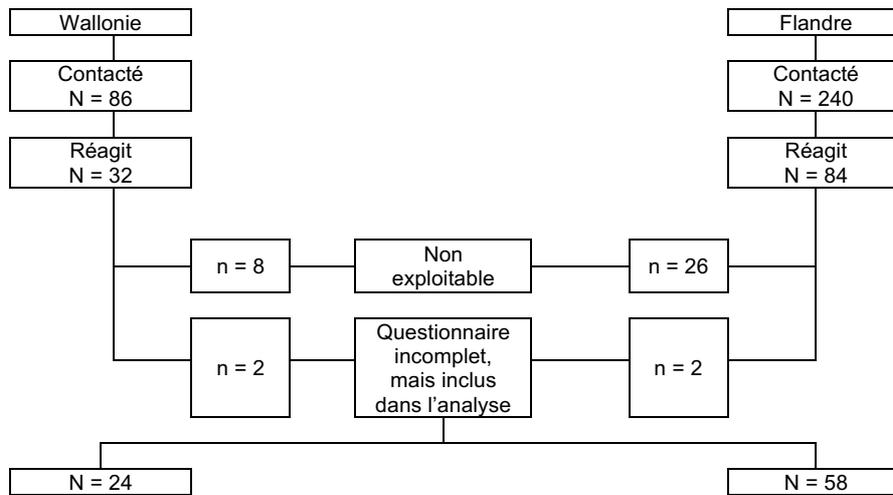
	Resultat	Conclusion
<b>Aspects socio-émotionnels</b>		
Aider à comprendre la relation entre les pensées, les émotions et le comportement/ identifier les pensées automatiques négatives	$\chi^2 = 17,35, p < .01$	FL > W
Accepter ou réduire l'anxiété dans les situations anxiogènes (prise de conscience et entraînement)	$\chi^2 = 14,49, p < .01$	FL > W
Aider à devenir moins sensible aux moments de bégaiement	$\chi^2 = 9,14, p < .01$	FL > W
Aider à devenir moins sensible aux réactions des interlocuteurs	$\chi^2 = 11,49, p < .01$	FL > W
Apprendre à gérer les problèmes ou le stress (plan cognitif et émotionnel)	$\chi^2 = 8,96, p < .01$	FL > W
<b>Comportement langagier</b>		
Prolongation des syllabes	$\chi^2 = 12,63, p < .01$	W > FL
Correction des blocages (pull out)	$\chi^2 = 12,41, p < .01$	FL > W
Utiliser une parole chuchotée	$\chi^2 = 10,16, p < .01$	W > FL
Pseudo-bégaiement pour exercer d'autres techniques	$\chi^2 = 20,31, p < .01$	FL > W
Apprendre l'entourage à donner du feedback	$\chi^2 = 34,15, p < .01$	W > FL
Techniques de relaxation physique et/ou le mentale	$\chi^2 = 10,93, p < .01$	W > FL
Techniques de respiration	$\chi^2 = 14,49, p < .01$	W > FL
<b>Compétences en communication</b>		
Aider l'entourage à instaurer les tours de parole	$\chi^2 = 6,57, p < .05$	FL > W
<b>Autres techniques</b>		
Utiliser les jeux de rôle	$\chi^2 = 7,09, p < .01$	FL > W
Travail sur les exigences/attentes élevées et sur le perfectionnisme	$\chi^2 = 4,75, p < .05$	FL > W
<b>Programmes spécifiques</b>		
Thérapie cognitivo-comportementale	$\chi^2 = 18,68, p < .01$	FL > W
« Solution Focused therapy»	$\chi^2 = 4,51, p < .05$	FL > W
Programme Lidcombe	$\chi^2 = 33,65, p < .01$	W > FL
« Family Focused therapy»	$\chi^2 = 5,73, p < .05$	W > FL
Programme Camperdown	$\chi^2 = 7,06, p < .01$	W > FL
Programme « Precision Fluency Shaping»	$\chi^2 = 7,08, p < .01$	W > VL

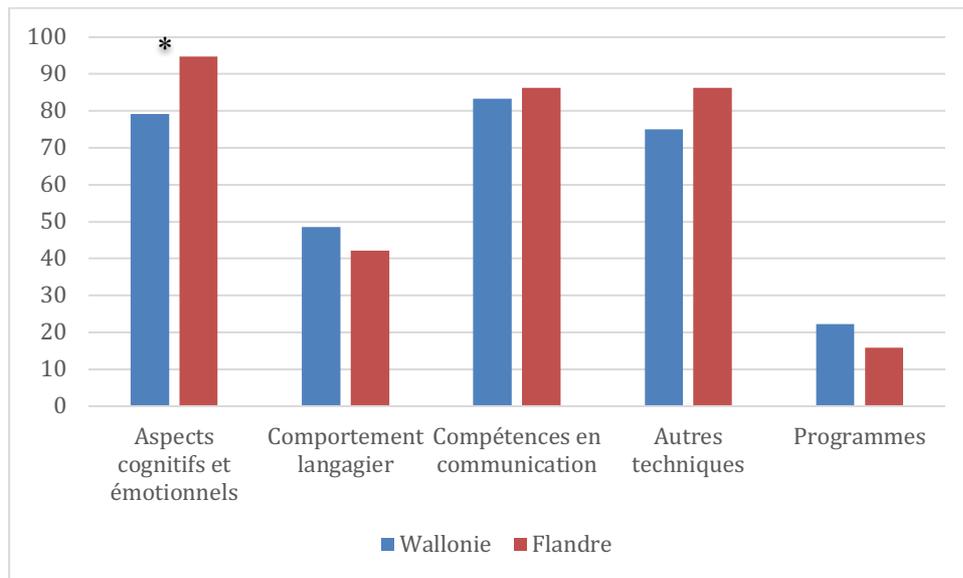
FI = Flandre; W = Wallonie

Captions pour les figures

Figure 1: Recrutement des logopèdes thérapeutes du bégaiement en Wallonie et en Flandre

Figure 2: Techniques utilisées par les logopèdes thérapeutes wallons et flamands (%)

*Figure 1: Recrutement des logopèdes thérapeutes du bégaiement en Wallonie et en Flandre*

*Figure 2: Techniques utilisées par les logopèdes thérapeutes wallons et flamands (%)*

\*  $p < .05$