



Université Abderrahmane Mira Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département de Psychologie et d'orthophonie

Mémoire de fin de cycle
En vue de l'obtention du diplôme de Master
Spécialité : Pathologie du langage et de la communication

Thème :

**La prise en charge orthophonique du bégaiement à
travers le programme Lidcombe chez l'enfant de
03 à 6 ans**

Réalisé par :

MAOUCHI Thelleli

Encadré par :

Dr. GUEDDOUCHE Salima

Année universitaire : 2024/2025

Remerciement

Le grand merci s'adresse au Bon Dieu le tout-puissant, de nous avoir donné la force et la Patience, et qui nous a guidé et éclairé notre Chemin Pour la réalisation de notre mémoire.

Tout d'abord, à nous chers parents pour leurs soutiens, et leurs patience durant toutes nos années d'étude.

Ensuite, Nous tenons à remercier chaleureusement et respectivement tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail de fin d'études. Notre remerciement s'adresse en particulier à notre encadreur Madame GUEDDOUCHE Salima, pour avoir bien voulu accepter l'encadrement de ce travail de recherche, pour sa disponibilité, son écoute, son suivi, son aide et ses conseils précieux durant la préparation de notre mémoire.

Notre remerciement s'adresse aussi à Madame AZZOUG Hamama, pour sa disponibilité, son aide, son suivi et ces conseils précieux durant la préparation de notre mémoire.

Notre remerciement s'adresse aussi à l'orthophoniste Alice CHEBBINE, pour ses conseils, ses encouragements, son soutien, ainsi que ses connaissances du terrain durant toute la période de la rédaction de mon mémoire, ce n'est pas l'orthophoniste où j'ai fait le stage, c'est une autre orthophoniste plus qu'une amie qui m'a accompagné tous ce temps.

À toutes nos amis et proches qui n'ont pas hésité à nous donner leur aide et du courage dans les moments difficiles.

Enfin nous souhaitons adresser nos remerciements les plus sincères aux membres de jury d'avoir accepté d'évaluer ce travail.

Enfin nous souhaitons adresser nos remerciements les plus sincères aux membres de jury d'avoir accepté d'évaluer ce travail.

Dédicaces

DIEU TOUT PUISSANT MERCI D'ETRE TOUJOURS AU
PRES DE MOI.

Je dédie ce travail qui n'aura jamais pu avoir le jour sans les soutiens indéfectibles et sans limite de :

Mes chers parents : LOUNES & NACIRA

Qui ne cessent de me donner avec amour le nécessaire pour que je puisse arriver à ce que je suis aujourd'hui, que dieux vous protège et que la réussite soit toujours à ma portée pour que je puisse vous combler de bonheur.

A mon cher frère LYES et mes chères sœurs FATIMA et NUMIDIA

Pour leurs soutiens infinis, à qui je souhaite un meilleur avenir.

A mes chères Alice et Yassmine et Azizza

Qui m'ont énormément aidé et encouragé durant cette période.

A chère tante Khoukha

Qui ma ouvrit sa maison pour faire mes études, ainsi que pour ses encouragements.

A ma promotrice, Madame GUEDDOUCHE Salima, ainsi Que Madame AZZOUG Hamama, pour leurs soutiens durant la réalisation de ce travail. Et à toutes les personnes qui m'ont aidé et soutenu durant la réalisation de ce travail, je vous exprime ma gratitude

Table des matières

Remerciement	
Dédicaces	
Table des matières	
Listes des abréviations	
Liste des tableaux	
Liste des échelles	
Liste des annexes	
Introduction	1
Problématique.....	1

Partie théorique

Chapitre I: Le bégaiement

1-Aperçu historique de bégaiement.....	10
2- Définition de bégaiements	11
3- Définition de bégaiement selon le dictionnaire d'orthophonie	11
3-1-Définition de bégaiement selon L'OMS.....	11
3-2-Définition de bégaiement selon le DSM-5.....	11
4- La nouvelle approche du bégaiement	11
5- La Classification de bégaiements selon DSM-5	12
6- Les troubles associés aux bégaiements	13
6-1- Syncinésies.....	13
6-2- Un désordre respiratoire.....	13
6-3- Perturbation du geste vocale	14
7- Les étiologies de bégaiements	14
8-Les symptomatologies de bégaiements.....	15
9- Les Facteurs Favorisantes et/ou Déclenchantes du Bégaiements	16
10- Diagnostic du bégaiement.....	17

Chapitre II: La prise en charge orthophonique du bégaiement

1- Définitions de la prise en charge Orthophonique.....	20
2. La prise en charge orthophonique du bégaiement.....	20
2-1- La prise en charge orthophonique avant 5 ans.....	21
2-2- La prise en charge orthophonique de 06 à 11 ans	23
2.3- La prise en charge orthophonique de bégaiement de 8 à 11 ans Selon borel maisonny	24
3- Les étapes de la prise en charge orthophonique du bégaiement	25

3.1 Entretien anamnestique.....	25
4. Bilan Orthophonique	26
4.1 Évaluation du langage oral	26
4.2 Observation comportementale	28
5. Développements existants dans la prise en charge du bégaiement	28
5.1 Méthodes de prise en charge orthophonique	28
5.2 Intervention complémentaire	28
6. Guidance Parentale	28

Chapitre III: Le programme lidcombe

1- Introduction générale du programme Lidcombe.....	31
2- Aperçu historique et origines du programme Lidcombe	31
3- Les étapes du programme Lidcombe	32
4- Le Déroulement du programme Lidcombe	33
5- Les techniques et outils spécifiques du programme Lidcombe	34
5-1 Mesure du pourcentage de syllabes bégayées (%SS).....	34
5-2 Échelle de sévérité du bégaiement (SR - Severity Rating)	34
5-3 Utilisation d'enregistrements audio	34
5-4 Mesure des bégaiements par minute de temps de parole (SMST - Stutters per Minute of Speaking Time).....	35
5-5 Suivi et enregistrement des données	35
6- Les facteurs clés de succès du programme Lidcombe	35

Partie pratique

Chapitre IV: La méthodologie de la recherche

1- La pré-enquête	39
2- La méthode de recherche	40
3- Présentation de lieu de recherche.....	40
4- Le groupe de recherche	41
5- Les outils utilisés dans la recherche	41
5-1 Le programme de lidcombe.....	42
5-2 Les activités du programme lidcombe appliqués par les parents	45
6- Déroulement de la recherche.....	46

Chapitre V: Présentation, analyse des résultats et discussion des Hypothèses

1- Présentation des cas	49
1-1 Présentation du 1 er cas (M.A).....	49
1-1-1 Déroulement du programme lidcombe appliqué à domicile par les parents	49

1-1-2 Présentation de l'échelle de sévérité du bégaiement de M.A avant et pendant l'application du programme lidcombe	52
1-1-4 Présentation de l'échelle de sévérité du bégaiement de M.A après l'application du programme lidcombe : du 17/04 au 25/04/2025	53
1-1-5 Analyse de l'échelle après l'application du programme Lidcombe : du 17/04 au 29	54
Avril 2025	54
1-2- Présentation du deuxième cas : T.A.....	55
1-2-1 Déroulement du programme lidcombe appliqué à domicile par les parents	55
1-2-2 Présentation de l'échelle de sévérité du bégaiement de T.A avant et pendant l'application du programme lidcombe	57
1-2-3 Analyse de l'échelle de sévérité du bégaiement de T.A : avant, pendant et après l'application du programme Lidcombe.....	57
1-2-4 Présentation de l'échelle de sévérité du bégaiement de T.A après l'application du programme lidcombe	58
1-2-5 Analyse de l'échelle après l'application du programme Lidcombe : du 02 avril au 02 mai 2025.....	58
1-2-6 Synthèse de 2ème cas (T.A)	59
1-3 Présentation du troisième cas : A.S	59
1-3-1 Déroulement du programme lidcombe appliqué à domicile par les parents	60
3-7 Synthèse du 3 ème cas : A.S	65
2- Synthèse générale des trois cas (M.A, T.A et A.S).....	65
3- Discussion des hypothèses	66
Conclusion.....	70
Bibliographie	
Annexes	
Résumé	

Listes des abréviations

OMS : Organisation mondiale de la santé

SM-5 : Diagnostique and Statistical Manuel of Mental Disorders – 5^e édition

APA : American Psychological Association

Liste des tableaux

Tableau n°1 : Présentation du groupe d'étude.....	41
Tableau n°2 : Les activités du programme lidcombe appliqué à domicile par les parents du 1 ^{er} cas.....	50
Tableau n°3 : Les activités du programme lidcombe appliqué à domicile par les parents du 2 ^{ème} cas.....	56
Tableau N°4 : Les activités du programme lidcombe appliqué à domicile par les parents du 3 ^{ème} cas.....	61

Liste des échelles

Echelle 01 : Présentation de l'échelle de sévérité du bégaiement du 1 ^{er} cas avant et pendant l'application du programme lidcombe	53
Echelle 02 : Présentation de l'échelle de sévérité du bégaiement du 1 ^{er} cas après l'application du programme lidcombe	54
Echelle 03 : Présentation de l'échelle de sévérité du bégaiement du 2 ^{ème} cas avant et pendant l'application du programme lidcombe	57
Echelle 04 : Présentation de l'échelle de sévérité du bégaiement du 2 ^{ème} cas après l'application du programme lidcombe	59
Echelle 05 : Présentation de l'échelle de sévérité du bégaiement du 3 ^{ème} cas avant et pendant l'application du programme lidcombe	63
Echelle 06 : Présentation de l'échelle de sévérité du bégaiement du 3 ^{ème} cas après l'application du programme lidcombe	65

Liste des annexes

Annexe 01 : Présentation de l'échelle de sévérité du bégaiement 42

Introduction

L'enfance est une étape clé du développement global de l'enfant, marquée par l'acquisition progressive de compétences fondamentales, notamment langagières, indispensables à son épanouissement social, cognitif et affectif. Le langage, en tant que système complexe de communication, se construit dès la naissance et évolue tout au long de cette période, permettant à l'enfant d'interagir avec son environnement, d'exprimer ses besoins et ses émotions, et de structurer ses relations sociales.

Cependant, ce processus d'acquisition peut rencontrer des obstacles. Certains enfants présentent des troubles spécifiques du langage et de la communication, parmi lesquels le trouble de la fluidité verbale, appelé communément bégaiement. Ce trouble neurodéveloppemental se caractérise par des interruptions involontaires de la parole, telles que des répétitions, des prolongations ou des blocages de sons, qui perturbent la fluidité de l'expression orale. Ces difficultés entraînent souvent un impact important sur le plan psychosocial, affectant l'estime de soi et les interactions sociales de l'enfant.

En Algérie, les données montrent que le bégaiement touche environ 1% de la population adulte, avec une prévalence plus élevée durant l'enfance. Malgré les progrès dans les domaines de la génétique, de la neurologie et de la psychologie, les causes exactes du bégaiement ne sont pas encore totalement comprises, ce qui complique sa prise en charge.

Il existe plusieurs interventions proposées, tels que Westmead et RESTRAT-DCM, au sein de ces protocoles thérapeutiques, le programme lidcombe. Ce dernier aujourd'hui est considéré parmi les approches les plus recommandées, bien qu'encore peu connue en pratique courante. Ce programme, fondé sur des principes d'apprentissage comportemental, vise à réduire la fréquence des dysfluences chez l'enfant âgé de 3 à 6 ans, grâce à une collaboration active entre l'orthophoniste et les parents, ces derniers étant formés à encourager la parole fluide au quotidien.

L'objectif principal de cette étude est de vérifier l'efficacité de la prise en charge orthophonique du bégaiement via le programme Lidcombe, d'évaluer la réduction des signes cliniques du bégaiement, et voir le rôle de l'implication parentale dans le succès et la prévention de la rechute.

Notre travail, est organisé en deux parties. La première partie théorique aborde le bégaiement, la prise en charge orthophonique du trouble, Puis présente en détail le programme lidcombe.

Le second chapitre présente le programme Lidcombe.

Ensuite, le chapitre comprend la méthodologie utilisée, la présentation et analyses et discussion des hypothèses.

Nous conclurons, avec une conclusion suivie de la liste bibliographiques et annexes.

Problématique

L'enfance est une phase cruciale dans le développement de l'enfant, où il acquiert des compétences fondamentales pour son épanouissement futur.

Durant cette période, l'enfant développe ses capacités physiques, cognitives et sociales, et il apprend à interagir avec son environnement.

Parmi ces compétences, en trouve le langage qui occupe une place essentielle.

Et l'acquisition de cette dernière est un processus complexe qui débute dès la naissance et se poursuit tout au long de l'enfance. L'enfant apprend à comprendre et à produire des sons, des mots et des phrases. Il développe progressivement sa capacité à communiquer avec son entourage, à exprimer ses besoins et ses émotions, et à construire des relations sociales.

Dans cette dynamique de développement langagière, la parole occupe une place centrale, elle permet à l'enfant d'exprimer ses pensées et d'entrer une relation avec autrui. En tant que réalisation sonore du langage, elle repose sur une coordination fine entre les systèmes moteurs, cognitifs et linguistique.

Cependant, certains enfants rencontrent des difficultés dans ce processus, ce qui peut entraîner des troubles du langage, des troubles orale ou écrit, des troubles de la Communication, trouble de la fluidité de la parole (Bégaiement).

Selon L'association parole Bégaiement, Le bégaiement est un trouble du langage qui se caractérise par des répétitions, des blocages et des prolongations de sons ou de trouble peut affecter la fluidité du langage ce qui peut engendrer également une baisse estime de soi

Chez l'enfant.

C'est lors de leur transition vers la vie adulte, et face au monde professionnel et à divers défis de communication, que les individus présentant un bégaiement rechercheront une nouvelle forme de thérapie. Effectivement, elles ont souvent pu bénéficier, étant enfant ou adolescentes, de traitements pour leur trouble qu'elles ont mis sur la touche pendant quelques années.

Le bégaiement est un trouble complexe dont la cause reste encore incertaine à ce jour. Effectivement, les études en génétique, neurologie et neuroradiologie soulèvent des hypothèses prometteuses mais non encore validées (Gayraud-Andel, Poulat, 2011).

Il peut se manifester de manière variable en termes de forme, de fréquence et de mode d'apparition.

Selon yairi et serry, c'est une modification du rythme de la parole, caractérisée par des interruptions involontaires telles que des répétitions, des prolongations ou des blocages de sons, qui entravent la fluidité verbale. (Yairi et serry, 2015, p. 23).

En Algérie, le bégaiement touche environ 1% de la population enfants. Il peut être lié à divers syndromes, et lorsqu'il se manifeste à l'âge adulte, il est souvent indicatif d'un trouble neurologique. Initialement identifié comme un trouble de la fluidité verbale.

Aujourd'hui perçu comme une perturbation de la communication, car il se manifeste dans le cadre des interactions durant la conversation. Cela va bien au-delà de la simple expression verbale, touchant aussi au comportement et à la personnalité. C'est pourquoi les personnes qui bégaiencent subissent une grande détresse, liée non seulement à la gravité des troubles de la parole, mais aussi à leur expérience et leurs sentiments face à ce trouble (Thibault & Pitrou, 2018).

Il existe plusieurs approches thérapeutiques ou programmes d'intervention pour le Bégaiement, Tels que :

Le Programme Westmead vise à obtenir une absence ou quasi-absence de bégaiement chez l'enfant grâce à la parole rythmée (syllable-timed speech). Il repose sur une pratique quotidienne, guidée par les parents et l'orthophoniste. Le traitement se déroule

En deux phases : une phase d'acquisition et une phase de maintien pour stabiliser les progrès. L'objectif essentiel est une réduction durable du bégaiement.

On cite également le traitement RESTART-DCM est une approche hybride inspirée du modèle multifactoriel du bégaiement et de la thérapie Interaction Parent-Enfant.

Il vise à réduire les demandes motrices, linguistiques, émotionnelles et cognitives tout en renforçant les capacités de l'enfant.

Dans notre étude on s'est intéressé à l'un des programme (Lidcombe) qui se distingue comme une méthode innovante et centrée sur la collaboration entre l'orthophoniste et les parents, visant à améliorer durablement la fluidité de la parole chez l'enfant bégue.

Le programme Lidcombe est une méthode d'intervention précoce pour les enfants bégues, basée sur la collaboration entre orthophoniste et parents. Ces derniers appliquent chaque jour des renforcements positifs pour encourager la parole fluente de leur enfant.

Plusieurs études ont abordé l'efficacité de programme Lidcombe, Et parmi eux on trouve :

L'étude de Taqi Tarek Tahir Al-Sayed (2021)

Menée à l'Université Ain Shams, évalue l'efficacité du programme Lidcombe dans la réduction du bégaiement chez les enfants d'âge préscolaire.

À travers une approche expérimentale comparative, 20 enfants âgés de 4 à 6 ans ont été répartis en deux groupes un groupe expérimental suivant le programme et un groupe témoin sans intervention spécifique. Plusieurs outils Les résultats montrent une amélioration significative de la fluidité verbale chez les enfants du groupe expérimental, avec une réduction marquée du bégaiement entre les mesures pré-test et Post-test. De plus, l'analyse des suivis post-intervention indique que les effets positifs du programme Lidcombe se maintiennent dans le temps, confirmant ainsi son efficacité durable dans la prise en charge orthophonique du bégaiement développemental.

Une autre étude importante, réalisée par Mark Jones, Mark Onslow, Elisabeth Harrison et Ann Packman (2000) à l'Université de Sydney, s'est penchée sur les facteurs influençant la durée du traitement par le programme Lidcombe chez les enfants d'âge préscolaire bégues. À partir d'un échantillon de 250 enfants, les auteurs ont examiné l'effet de plusieurs variables telles que l'âge, le sexe, le délai entre l'apparition du bégaiement et le début du traitement, ainsi que la gravité du trouble. Les résultats révèlent qu'en moyenne, onze séances en clinique suffisent pour observer une amélioration significative de la parole. Toutefois, seule la sévérité initiale du bégaiement est associée à une durée de traitement plus longue, tandis que les autres variables n'ont pas eu d'influence notable. Cette étude vient appuyer l'idée que le programme Lidcombe peut être efficace même lorsqu'il est mis en œuvre tardivement, tout en rappelant l'importance d'une évaluation fine du degré de sévérité du bégaiement au démarrage de la prise en charge.

En Algérie, cette méthode ne reste pas connue. Ce manque de reconnaissance locale, a motivé notre choix de recherche, ce qui nous a induit à poser les questions suivantes :

- 1- Est-ce que la prise en charge orthophonique du bégaiement diminue les signes cliniques du bégaiement à travers le programme lidcombe ?
- 2- Est-ce que les parents contribuent dans l'application du programme lidcombe ?

Les hypothèses :

- 1- L'application du programme lidcombe améliore significativement les signes cliniques chez l'enfant bégue.
- 2- L'implication active des parents contribue positivement au succès du programme et réduit les risques de rechute.

Les objectifs de recherche :

- 1- Vérifier l'efficacité de la prise en charge orthophonique du bégaiement à travers le programme lidcombe.
- 2- Vérifier que les signes cliniques du bégaiement sont diminués à travers le programme Lidcombe.
- 3- Montrer que l'implication des parents joue un grand rôle dans la réussite ou la rechute du programme lidcombe.

L'importance de l'étude :

- 1- Promouvoir l'utilisation de ce programme par tous les orthophonistes et donner aux enfants atteints de bégaiement une chance d'avoir une meilleure communication saine sans obstacles.
- 2- Attirer l'attention des professionnels sur son potentiel ; contribuer à une meilleure reconnaissance de ce protocole encore trop peu exploité dans notre pays.

Définition opérationnelle des concepts clés :

1-Le bégaiement

C'est une perturbation de la fluidité du discours, caractérisée par des répétitions involontaires difficiles à contrôler. Il peut s'accompagner de gestes corporels et d'émotions intenses comme la peur ou l'irritation. Ce trouble résulte d'un dysfonctionnement complexe dans les mécanismes de production du langage, dont l'origine reste encore mal comprise.

2- Le programme Lidcombe

C'est un programme complet et puissant, spécialement conçu pour les enfants de 3 à 6 ans. Il mise tout sur l'implication des parents, ce qui permet d'obtenir des résultats quasi magiques.

Il se repose aussi sur le renforcement positive et négative.

3- La prise en charge orthophonique

C'est un processus thérapeutique structuré, initié par une évaluation approfondie, suivi de l'élaboration d'un projet thérapeutique individualisé. Elle implique des interventions ciblées visant à améliorer les fonctions de communication, en tenant compte des besoins spécifiques du patient et en collaborant étroitement avec son entourage.

Partie théorique

Chapitre I

Le bégaiement

Préambule :

Dans ce présent chapitre, On va aborder le bégaiement, Trouble du son et de langage.

D'abord, On la commence par définir clairement le bégaiement et retracer brièvement son évolution historique pour mieux comprendre son contexte. Avant de détailler ses classifications.

Par la suite, nous nous pencherons sur les troubles associés aux bégaiements ainsi sur les symptomatologies de bégaiements

Nous aborderons également les étiologies du trouble, où on met l'accent sur ses facteurs favorisants et déclenchantes

Enfin, nous conclurons ce chapitre par le diagnostic du bégaiement.

1-Aperçu historique de bégaiement

Dans l'Antiquité, ce trouble était perçu comme une pathologie d'origine organique, souvent attribuée à des dysfonctionnements de la langue ou à des déséquilibres des humeurs. Les traitements de l'époque variaient des gargarismes à la lingual.

Au XIXe siècle, la compréhension du trouble évolua, le percevant comme un dysfonctionnement impliquant plusieurs organes de la parole, notamment la langue et la respiration. Progressivement, l'approche s'élargit pour intégrer la variabilité du trouble et les facteurs en interaction. L'objectif thérapeutique ne se limita plus à l'élimination du trouble, mais visa également à améliorer le confort communicatif et l'adaptation de la parole.

Le bégaiement, désormais désigné sous le nom de trouble de la fluidité de la parole, est un trouble de l'élocution qui perturbe le flux naturel de la parole. Il se manifeste par des interruptions involontaires, telles que des répétitions de sons, de syllabes ou de mots, des prolongations de sons, et des blocages où la personne éprouve des difficultés à produire les mots souhaités. Le changement de terminologie, passant de "bégaiement" à "trouble de la fluidité de la parole", reflète une approche plus moderne et nuancée, mettant l'accent sur les interruptions du flux verbal et reconnaissant la complexité multifactorielle du trouble. Cette évolution vise à améliorer la compréhension et le soutien apporté aux personnes concernées.

(ALBARET et coll.2018, p.324).

2- Définition de bégaiements

(Trouble de la fluidité de la parole) :

Le trouble de la fluidité de la parole se manifeste par une perturbation du rythme de l'élocution, caractérisée par des répétitions marquées de sons, de syllabes ou de mots, des prolongations sonores, des pauses inappropriées au sein des mots, des arrêts fréquents dans le discours, ainsi que par l'évitement de certains mots jugés difficiles à prononcer.

(Site internet : <https://apprenonsensemble.com/difficultes-possibles/langage/>)

3- Définition de bégaiement selon le dictionnaire d'orthophonie

Le bégaiement selon le dictionnaire d'orthophonie est "Un trouble de l'expression verbale qui entrave le cours de la parole lors d'une conversation avec une autre personne, caractérisé par des répétitions de syllabes, des prolongations de sons, des interruptions, des spasmes respiratoires et des syncinésies faciales et cervicales."

(Frédérique, 2004, P. 34).

3-1-Définition de bégaiement selon L'OMS

Selon l'OMS, un trouble de la parole impacte significativement la communication sociale et le fonctionnement global de l'individu (personnel, familial, scolaire, professionnel). Il ne peut être attribué à un trouble du développement intellectuel, une pathologie neurologique, une déficience sensorielle, une anomalie structurelle ou un autre trouble phonatoire ou vocal. (OMS, 2022, p. 422.)

3-2-Définition de bégaiement selon le DSM-5

Le bégaiement, selon le DSM-5, est un trouble de la fluidité verbale lié au développement, caractérisé par des perturbations fréquentes du flux et du rythme de la parole, incluant des répétitions, des prolongations de sons, des blocages, ainsi que des évitements ou substitutions de mots, entraînant une altération significative de la communication. (DSM-5, 2013. P50).

4- La nouvelle approche du bégaiement

Pendant longtemps, de nombreuses tentatives ont été faites pour classifier le bégaiement en différents types (tonique, clonique, mixte, etc.), selon la nature des dysfluences observées. Ces typologies avaient pour but de guider la compréhension et l'orientation thérapeutique. Toutefois, les recherches récentes ainsi que l'expérience clinique ont montré les limites de ces classifications, souvent trop rigides et peu représentatives de la diversité des profils de patients.

Actuellement, l'approche moderne privilégie une vision dimensionnelle du bégaiement, centrée non plus sur ses "types", mais sur son degré (léger, modéré, sévère) et sa sévérité. Cette évolution terminologique reflète une volonté d'individualiser l'évaluation en prenant en compte non seulement la fréquence et la nature des dysfluences, mais aussi leur impact fonctionnel, émotionnel et social. Le bégaiement est désormais considéré comme un trouble multifactoriel dont les manifestations varient d'un individu à l'autre, d'où la nécessité d'adopter des outils sensibles à ces variations, comme l'Échelle de sévérité du bégaiement (SSI-4), ou des questionnaires centrés sur le vécu du locuteur. Selon les dernières classifications des troubles, On se focalise sur le degré et la sévérité de bégaiement et ne pas sur son type. (Guitar, 2013, PP. 195-196)

5- La Classification de bégaiements selon DSM-5

Selon le DSM-5 (2013), le bégaiement est désigné comme un trouble développemental de la fluidité de la parole apparaissant durant l'enfance ». Il se distingue essentiellement par la présence de disfluences, qui existent sans autre trouble inadaptées à l'âge du sujet dans le discours spontané :

Critères du diagnostiques :

A. Perturbations de la fluidité verbale et du rythme de la parole ne correspondant pas

À l'âge du sujet et aux compétences langagières. Elles persistent dans le temps et

Se caractérisent par la survenue fréquente d'une ou plusieurs des manifestations suivantes :

1-Répétition de sons et de syllabes.

2- Trouble de la fluidité verbale apparaissant durant l'enfance (bégaiement) 51

3- Prolongation de sons, aussi bien de consonnes que de voyelles.

4- Mots tronqués (p. ex. pauses dans le cours d'un mot).

5- Blocages audibles ou silencieux (pauses dans le discours, comblées par autre chose ou laissées vacantes).

6- Circonlocutions (substitution de mots pour éviter un mot problématique).

7- Tension physique excessive accompagnant la production de certains mots.

8- Répétition de mots monosyllabiques entiers (p. ex. « je je je je le vois »).

B. La perturbation de la fluidité verbale entraîne une anxiété de la prise de parole ou des limitations de l'efficience de la communication, de l'interaction sociale, de la réussite scolaire ou professionnelle, soit de manière isolée, soit dans n'importe quelle combinaison.

C. Les symptômes débutent pendant la période précoce du développement (N.B. : Les cas plus tardifs sont cotés 307.0 [F98.5] trouble de la fluidité verbale débutant à l'âge adulte.)

D. La perturbation n'est pas imputable à un trouble moteur du langage ou à un déficit sensoriel, un trouble de la fluidité en lien avec une atteinte neurologique (p. ex. accident vasculaire cérébral, tumeur, traumatisme) ou une autre affection médicale, et n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental. (Croq & Daniel, 2013, p. 50).

6- Les troubles associés aux bégaiements

Le bégaiement s'accompagne fréquemment de troubles associés qui peuvent aggraver l'impact sur la communication et le développement de l'enfant, tels que :

6-1- Syncinésies

Les syncinésies, ou mouvements accompagnateurs, désignent la propagation involontaire de l'effort musculaire de la parole vers d'autres muscles non impliqués, en particulier ceux du visage (front, yeux), donnant parfois au locuteur une expression proche de la gargonille. Ces mouvements sont généralement inconscients, mais leur impact sur l'interlocuteur peut générer chez le patient de la gêne ou de la honte. Elles peuvent aussi toucher le tronc, la tête ou les bras, avec des mouvements athétosiques. Les plus fréquentes sont les clignements d'yeux et les mouvements des globes oculaires. Ces syncinésies peuvent disparaître rapidement dès que le sujet en prend conscience, notamment grâce à l'autoscopie vidéo, bien que cette méthode soit parfois difficile à vivre. L'exemple de Démosthène, qui corrigea un haussement d'épaule par un entraînement devant un miroir et un système de punition, illustre bien cette prise en charge. Les syncinésies apparaissent secondairement et sont un signe de sévérité du trouble. Contrairement aux tics, elles ne surviennent que pendant la parole et reflètent une diffusion excessive du geste vocal. (Monfrais-pfauwadel, P69, 2014).

6-2- Un désordre respiratoire

Les désordres respiratoires associés au bégaiement concernent principalement une mauvaise coordination de la respiration avec la parole. On observe fréquemment une respiration thoracique haute (plutôt qu'abdominale), des apnées inspiratoires (arrêts momentanés de la respiration avant de parler), ainsi que des expirations bloquées ou inadaptées. Ces altérations

perturbent le débit et la continuité de la parole, contribuant à l'instabilité et à la discontinuité caractéristiques du bégaiement.

6-3- Perturbation du geste vocale

Les perturbations du geste vocal chez les personnes qui bégaient se traduisent par des difficultés dans la coordination des mouvements impliqués dans la production de la voix. Cela inclut notamment la gestion de la respiration, l'attaque vocale, et la phonation. Ces perturbations peuvent provoquer des blocages vocaux, des coups de glotte (attaques vocales brusques), ou des attaques vocaliques dures qui interrompent la fluidité de la parole. Ces difficultés résultent d'un dysfonctionnement dans l'intégration motrice fine nécessaire à la production vocale coordonnée. (Estienne-Dejong & Morsomme, 2021)

7- Les étiologies de bégaiements

Les étiologies du bégaiement résultent de l'interaction de plusieurs facteurs durant le développement précoce de l'enfant :

Facteur génétique : le facteur héréditaire est connu depuis longtemps comme un élément important dans la prédisposition au bégaiement. Le risque de ce trouble est multiplié par trois lorsqu'un parent au premier degré est concerné, ce risque étant encore plus marqué lorsqu'il provient de la lignée maternelle.

Des avancées en génétique ont permis de repérer des marqueurs génétiques spécifiques associés à ce trouble, localisés sur plusieurs chromosomes autosomiques, tels que les chromosomes 1.3.5.9.12.13.15 et 18. (kang et al., 2010). Page 680.

Chromosomes autosomiques : Les chromosomes autosomiques sont les chromosomes non sexuels présents en paires chez l'être humain. Sur les 23 paires de chromosomes, 22 sont autosomiques, c'est-à-dire qu'ils ne déterminent pas le sexe biologique. Par exemple, le chromosome 1 est un chromosome autosomique commun aux hommes et aux femmes. La 23^e paire correspond aux chromosomes sexuels (XX chez la femme, XY chez l'homme).

Facteur anatomo-fonctionnel : Une activité anormale du cerveau, notamment une hyperactivité dopaminergique (excès de dopamine, une substance chimique qui aide les neurones à communiquer, en particulier pour le contrôle des mouvements et du langage), est liée à des différences dans les structures cérébrales impliquées dans la parole et le contrôle moteur, comme les noyaux gris centraux (Büchel et al., 2004).

Facteurs environnementaux : L'environnement de l'enfant, y compris ses interactions et la manière dont son entourage réagit à sa parole, peut influencer l'apparition et l'évolution du bégaiement (Packman et al., 2013).

Facteurs langagiers : Selon le modèle de Packman et Attanasio, certains aspects du langage oral, comme les variations dans l'accentuation des syllabes et la complexité des phrases, peuvent déclencher le bégaiement chez une personne ayant déjà un fonctionnement cérébral atypique (Packman et al., 2013).

Facteurs psychologiques et émotionnels : La façon dont la personne perçoit les réactions des autres à son bégaiement (par exemple, des moqueries ou des remarques) peut influencer la sévérité du trouble (Packman et al., 2013).

8-Les symptomatologies de bégaiements

Le bégaiement se manifeste principalement par trois types de dysfluences : la répétition, le blocage et la prolongation.

La répétition est l'un des signes les plus caractéristiques et fréquemment observés. Elle peut concerner des sons, des syllabes, des mots ou même de courtes phrases, apparaissant majoritairement en début de mot. Il est rare qu'elle affecte les syllabes finales. La fréquence des répétitions varie mais ne dépasse généralement pas cinq occurrences, et bien que certaines personnes tentent de compenser ce phénomène, cela n'est pas systématique.

Le blocage constitue un autre symptôme marquant. Il survient lorsqu'une contraction musculaire involontaire empêche temporairement l'émission d'un son, entraînant une interruption nette du flux de parole. Contrairement aux répétitions, le blocage est davantage ressenti qu'entendu, provoquant un silence marqué et une tension perceptible. Il touche principalement les consonnes occlusives et se produit presque exclusivement en début de mot.

La prolongation se traduit par un allongement anormal de la production d'un son, notamment sur les voyelles et certaines consonnes fricatives. Le bégaiement affecte principalement le début des mots et des phrases, touchant davantage les mots porteurs de sens (verbes, noms, adjectifs) que les mots fonctionnels. Il s'accompagne souvent de comportements secondaires comme des mouvements involontaires (clignements des yeux, crispations faciales), des modifications du débit vocal ou des stratégies d'évitement. Son intensité varie selon le contexte : il tend à diminuer lors d'une parole ralenti, chantée ou en s'adressant à des enfants. Chez les bilingues, la sévérité du trouble fluctue selon la charge cognitive et l'émotion associée à chaque langue.

(Marie-Claude Monfrais-Pfauwadel, 2014, P.508, P.509).

9- Les Facteurs Favorisantes et/ou Déclenchantes du Bégaiements

Ces facteurs sont interconnectés, car ils touchent essentiellement l'environnement dans lequel évolue l'enfant et les circonstances auxquelles il fait face tous les jours. Selon les chercheurs Gayraud-Andel et Poulat (2011), « sans les facteurs favorables, le bégaiement n'aurait probablement été que temporaire ». Elles estiment que les éléments encourageants sont essentiellement issus de leur cercle social, dans la manière dont elles agissent et réagissent vis-à-vis de leur enfant. On peut mentionner parmi ces éléments :

- Des recommandations sur la manière de s'exprimer de l'enfant, qui engendrent un doute en lui et sur ses aptitudes, ce qui produit « une détérioration de sa confiance en lui » ainsi qu'une intensification de ses tentatives visant le « bien dire » plutôt que le « quoi dire ». « Un stress lié à la pression temporelle, inadaptée au rythme de l'enfant ».

Effectivement, un enfant nécessite du temps pour accomplir les tâches, réfléchir à ce qu'il souhaite exprimer et la manière dont il va le verbaliser. « Des exigences excessives en matière de qualité sonore et une pression éducative trop importante ». Ces assertions sont corroborées par Van Hout et Estienne (1996). Elles notent que « si les sollicitations de l'environnement sont significatives, l'enfant est poussé à fournir des réponses immédiates et abondantes. » Ces sollicitations de l'environnement peuvent être d'ordre cognitif ou linguistique, voire concerner l'ensemble du mode de vie qui, en imposant à l'enfant un trop grand nombre de tâches, le soumet à une tension constante ». Tout ce qui peut provoquer une discordance.

Les taquineries et imitations peuvent causer des blessures qui laissent des marques indélébiles, même chez un jeune enfant.

En plus de ces éléments, on doit considérer les problèmes de communication au sein du foyer, tant avec les parents qu'entre frères et sœurs. Ces désaccords peuvent conduire à un retrait de l'enfant qui bégaye et à des problèmes de socialisation.

•Les facteurs déclenchants : quant à eux, sont des événements qui peuvent sembler insignifiants aux yeux des adultes, mais que l'enfant peut percevoir comme traumatisants. Pour illustrer, on peut citer les exemples suivants :

- Un transfert vers une autre pièce de la maison ou vers une nouvelle habitation.
- Un nouvel arrivant dans la fratrie. Un passage à une nouvelle classe, un nouveau professeur, une nouvelle école ou une nouvelle assistante maternelle.

- L'admission à l'école.
- Un éloignement.
- Un incident ou une chute.
- La disparition d'un animal de compagnie ou d'un doudou préféré.

Il est également à noter que l'enfant, étant très réceptif aux émotions de son environnement, pourrait répondre par des épisodes de bégaiement.

Par exemple, selon Gayraud et Poulat (2011) : « un climat d'insécurité, une anxiété des parents, des conflits familiaux, des problèmes sociaux, »

(Gayraud-Andel, & Poulat, 2011)

10- Diagnostic du bégaiement

Le diagnostic est posé par un orthophoniste, professionnel de santé spécialisé dans les troubles de la parole, du langage et de la voix.

L'évaluation repose sur :

- L'analyse des antécédents de l'enfant (âge d'apparition du bégaiement, existence d'antécédents familiaux).
- L'observation des types de bégaiements : répétitions, prolongations, blocages.
- L'analyse des compétences langagières globales.
- L'évaluation de l'impact du trouble sur la vie quotidienne de l'enfant.
- L'observation des comportements associés (mimiques, évitements, tension).

L'orthophoniste détermine si le bégaiement est transitoire ou s'il risque de persister.

Pour cela, il prend en compte :

- La durée du trouble (supérieure à 6 mois).
- L'existence d'antécédents familiaux.
- La présence éventuelle d'autres troubles du langage ou de la parole.

Cette démarche permet une prise en charge précoce et contribue à prévenir l'installation d'un bégaiement chronique.

- Certaines causes médicales peuvent être associées à l'apparition du bégaiement, notamment lorsqu'il survient brusquement ou en dehors de la période typique de développement du langage.
- Des lésions cérébrales peuvent affecter la fluidité de la parole.
- Les traumatismes crâniens peuvent perturber les circuits neurologiques impliqués dans la production de la parole.
- Des accidents vasculaires cérébraux (AVC) peuvent également entraîner des troubles de la fluence.
- Les tumeurs cérébrales ou infections du système nerveux central (comme la méningite ou l'encéphalite) peuvent être en cause.
- Certaines maladies neurodégénératives (comme la maladie de Parkinson) peuvent altérer la parole.

Le bilan orthophonique doit donc intégrer une recherche d'antécédents médicaux et neurologiques.

Une collaboration interdisciplinaire (avec un médecin, un neurologue ou un psychologue) peut être nécessaire pour poser un diagnostic différentiel

(<http://www.nidcd.nih.gov/health/stuttering>)

Synthèse

Nous avons abordé le bégaiement, ses manifestations cliniques ainsi que les critères diagnostiques utilisés pour poser le diagnostic.

Dans le prochain chapitre, nous développerons la prise en charge orthophonique du bégaiement.

Chapitre II

La prise en charge orthophonique du bégaiement

Préambule :

Dans ce chapitre, nous avons abordé la prise en charge orthophonique du bégaiement chez l'enfant. Dans un premier temps, nous avons présenté la définition générale de la prise en charge orthophonique, puis nous avons précisé les spécificités liées au bégaiement. Par la suite, les différentes étapes du suivi orthophonique ont été détaillées, ainsi que les principales techniques et exercices utilisés en séance.

Dans un second temps, l'accent a été mis sur le programme Lidcombe, méthode comportementale destinée aux jeunes enfants. Dans cette partie, nous avons d'abord présenté les origines du programme Lidcombe. Ensuite, ses principes fondamentaux ont été exposés. Puis, les outils spécifiques utilisés dans ce programme ont été décrits. Enfin, les différentes étapes et le déroulement pratique de son application en orthophonie ont été détaillés.

1- Définitions de la prise en charge Orthophonique

La prise en charge orthophonique est un processus structuré et adapté aux besoins du patient, visant à traiter les troubles de la communication, du langage, de la parole et de la déglutition. Elle se déroule en plusieurs étapes, depuis la première consultation jusqu'au suivi thérapeutique. (Site internet : www.Orthophoniste.info).

La prise en charge orthophonique est un concept qui englobe différentes réalités selon la nature des troubles (acquis ou développementaux), la pathologie sous-jacente, les besoins du patient (enfant ou adulte) ainsi que les approches adoptées par le praticien (choix des méthodes). Elle varie également en fonction des modalités d'intervention, notamment la durée et la fréquence des séances, le cadre thérapeutique (individuel, en groupe ou en équipe pluridisciplinaire). De manière générale, l'objectif est de développer des compétences spécifiques, de restaurer un fonctionnement optimal et d'instaurer des stratégies palliatives ou compensatoires. (Frédérique, 2011, p.234)

2. La prise en charge orthophonique du bégaiement

La prise en charge orthophonique du bégaiement chez l'enfant repose sur une intervention précoce visant à favoriser la fluidité de la parole et à prévenir l'apparition de stratégies d'évitement. L'approche indirecte consiste à agir sur l'environnement de l'enfant en accompagnant les parents pour adapter leurs interactions et limiter les facteurs aggravants. Si le bégaiement persiste, une prise en charge directe peut être instaurée, avec des techniques spécifiques pour assouplir la parole et renforcer la confiance communicative. Une évaluation

orthophonique est essentielle après six mois de persistance afin de prévenir la chronicisation du trouble et d'optimiser son évolution.

Il existe différentes modalités de prise en charge orthophonique du bégaiement selon l'âge de l'enfant. D'une part, une intervention peut être mise en place avant l'âge de 5 ans, où l'on privilie une prise en charge précoce, souvent centrée sur l'accompagnement parental et la modification de l'environnement de communication. D'autre part, entre 6 et 11 ans, la rééducation orthophonique s'oriente davantage vers un travail direct avec l'enfant, en s'appuyant sur des techniques spécifiques. Par ailleurs, Borel-Maisonny propose également une approche orthophonique du bégaiement, intégrant les aspects moteurs et rythmiques de la parole. Enfin, plusieurs programmes structurés de rééducation existent, notamment le programme Lidcombe, qui repose sur un modèle comportemental et implique activement les parents dans la prise en charge.

2-1- La prise en charge orthophonique avant 5 ans

Le bégaiement chez l'enfant de moins de 6 ans constitue une urgence orthophonique. Lorsqu'un parent signale des dysfluences associées à des signes de tension et d'effort, une prise en charge doit être instaurée sans attendre, sous la forme d'une guidance parentale. L'intervention orthophonique, à visée préventive, vise à éviter l'installation de symptômes secondaires tels que les évitements ou les comportements accompagnateurs.

La prise en charge orthophonique du bégaiement chez l'enfant de moins de 5 ans s'articule Autour d'une intervention précoce, visant à prévenir l'installation durable du trouble. Bien que 75 % des bégaiements apparus depuis moins d'un an disparaissent spontanément, il est essentiel de consulter un orthophoniste dès les premiers signes, car il est difficile d'identifier les 25 % d'enfants chez qui le bégaiement pourrait persister.

Lors de la première consultation, un bilan orthophonique est réalisé pour évaluer la nature et la sévérité du bégaiement. Ce bilan comprend une écoute attentive des parents sur l'histoire du bégaiement de leur enfant et ses répercussions familiales. Des informations sur le bégaiement et la communication sont fournies, accompagnées de conseils visant à réduire les tensions dans les interactions familiales. Des exercices de fluence simples peuvent être proposés aux parents pour une pratique quotidienne avec l'enfant.

Si ces premières interventions ne suffisent pas, un suivi orthophonique est mis en place, combinant généralement des approches indirectes et directes. L'approche indirecte consiste à modifier en douceur les attitudes de communication au sein de la famille, en encourageant des

temps de silence pour permettre à l'enfant de s'exprimer et en adaptant le débit de parole des parents à celui de l'enfant. Des programmes tels que le PCI (Parents Child Interaction) et le programme des « demandes et capacités » sont utilisés pour guider les parents dans ces ajustements.

L'approche directe implique l'enseignement de techniques de fluence à l'enfant, telles que la parole prolongée, où l'on allonge les voyelles et ralentit le débit de parole, ou le programme Lidcombe, qui repose sur le renforcement positif et négatif lors d'activités structurées entre le parent et l'enfant. Ces méthodes visent à améliorer la fluidité de la parole de l'enfant en sollicitant son auto-écoute et en réduisant les déclencheurs de bégaiement.

Le suivi orthophonique comprend des séances régulières impliquant l'enfant et ses parents, favorisant une attention bienveillante et un regard positif sur les progrès de l'enfant. L'utilisation du « motherese », un ton de voix doux et mélodieux, lors de la lecture d'histoires, contribue à créer un environnement rassurant et propice à la détente de l'enfant.

Chez l'enfant de moins de 5 ans, la prise en charge orthophonique du bégaiement repose sur une approche globale et individualisée, ciblant plusieurs axes complémentaires du développement. Quatre dimensions sont particulièrement importantes dans les interventions précoces : la respiration, le schéma corporel, le rythme et le contact oculaire. Ces axes sont travaillés à travers des médiations ludiques et corporelles, adaptées à l'âge de l'enfant, et toujours intégrées dans une dynamique de sécurisation de la relation thérapeutique.

La respiration constitue un point d'appui fondamental dans la fluidité verbale. Les jeunes enfants présentant un bégaiement manifestent fréquemment une respiration haute, rapide ou désorganisée, parfois associée à une incoordination pneumo-phonique. L'objectif thérapeutique est alors de favoriser une respiration abdominale calme et fonctionnelle. Cela peut passer par des jeux de souffle comme souffler délicatement sur une bougie pour en faire vaciller la flamme sans l'éteindre, ou par des exercices de prise de conscience corporelle tels que l'observation des mouvements respiratoires avec un objet (comme un doudou posé sur le ventre en position allongée). Ces activités permettent de travailler le souffle contrôlé tout en induisant un relâchement corporel.

Le schéma corporel, quant à lui, renvoie à la conscience et à la représentation que l'enfant a de son propre corps. Cette perception est essentielle pour la maîtrise des mouvements articulatoires et la régulation du tonus. Les activités proposées visent à renforcer cette conscience corporelle par des jeux de mime, des parcours sensorimoteurs, ou encore des massages doux du visage,

des épaules et du thorax. Ces médiations corporelles contribuent à réduire les tensions musculaires et à créer une disponibilité corporelle favorable à l'acte de parole.

Le rythme de la parole est souvent altéré chez les enfants qui bégaient, avec une tendance à l'accélération, aux ruptures ou aux blocages. L'orthophoniste travaille alors à la régulation du débit et à la stabilisation du rythme verbal. Cela peut se faire via des supports musicaux (chant, psalmodie, jeux rythmiques) ou des lectures modélisées à débit ralenti. Des instruments simples (tambourins, maracas) peuvent accompagner la parole pour l'inscrire dans une structure rythmique stable, facilitant ainsi la fluidité.

Enfin, le contact oculaire est un indicateur important dans la communication sociale et émotionnelle. Chez certains enfants qui bégaient, on observe un évitement du regard en situation de parole, lié à la peur de l'échec ou à une perte de confiance. La prise en charge orthophonique vise à restaurer ce lien visuel à travers des jeux face au miroir, des échanges avec des marionnettes, ou des jeux d'imitation. Ces activités favorisent une communication plus sereine, tout en renforçant l'estime de soi et l'ancrage dans la relation à l'autre.

(Aumont-Boucand, 2021)

2-2- La prise en charge orthophonique de 06 à 11 ans

Chez l'enfant d'âge préscolaire, la prise en charge est d'abord indirecte et cible principalement les facteurs environnementaux plutôt que la production verbale. Toutefois, selon Oksenbergs (2012), si le bégaiement persiste au-delà de six mois, il ne s'agit plus de prévention, mais d'une thérapie impliquant l'enfant et ses parents.

La prise en charge orthophonique débute par la reconnaissance et la verbalisation du trouble. Après une évaluation approfondie tenant compte du handicap communicationnel, de son impact sur la vie quotidienne, des difficultés de parole et de l'histoire du bégaiement, l'orthophoniste aide le patient à modifier ses habitudes. Pour cela, il s'appuie sur plusieurs outils :

La relaxation : chez l'enfant, la relaxation est souvent introduite de façon ludique pour favoriser l'apaisement avant ou pendant les activités de parole. Des exercices de respiration simples sont proposés, comme souffler sur une plume ou faire semblant de gonfler un ballon. Ces techniques permettent de réduire l'anxiété liée à la communication et d'installer un état de calme favorable à la parole.

La détente musculaire : La détente musculaire est travaillée à travers des jeux corporels qui impliquent les muscles du visage, du cou et des épaules. Par exemple, l'enfant peut faire des

grimaces, masser sa mâchoire ou bouger la tête en douceur. Ces activités visent à réduire les tensions souvent observées chez les enfants qui bégaient, notamment lors des moments de blocage.

Les outils de la fluence : Les techniques de fluence sont introduites progressivement à travers des jeux vocaux, des lectures rythmées, ou encore des phrases chantées. L'enfant apprend à parler plus lentement, à faire des pauses respiratoires et à utiliser un débit contrôlé. Ces outils sont d'abord appliqués en contexte ludique, puis transférés progressivement à des situations plus naturelles de communication.

L'affirmation et l'estime de soi : Le renforcement de l'estime de soi se fait en valorisant les réussites de l'enfant, même partielles, et en l'encourageant à s'exprimer librement. Des activités comme "la boîte à fiertés", les jeux de rôle ou les prises de parole dans des jeux dirigés permettent à l'enfant de prendre confiance en sa capacité à communiquer, sans focalisation excessive sur le bégaiement.

Les habiletés de communication : Elles sont abordées à travers des jeux d'interaction (ex. : jeux de questions-réponses, devinettes, dialogues avec marionnettes) pour apprendre à attendre son tour de parole, écouter l'autre, regarder son interlocuteur, et utiliser des gestes. Ces compétences favorisent une meilleure fluidité dans les échanges quotidiens.

La gestion du stress : Avec les enfants, la gestion du stress passe par des outils visuels et concrets : un thermomètre des émotions, des cartes de situations stressantes, ou des histoires illustrées permettent d'identifier les moments où l'enfant se sent tendu. Ensuite, des stratégies comme la respiration, le dessin ou les pauses sont proposées pour l'aider à retrouver son calme avant ou pendant la parole.

2.3- La prise en charge orthophonique de bégaiement de 8 à 11 ans Selon borel maisonny

La prise en charge orthophonique du bégaiement selon Suzanne Borel-Maisonny s'inscrit dans une approche globale, sensorimotrice et affective de la parole. Bien qu'elle n'ait pas élaboré une méthode codifiée exclusivement dédiée au traitement du bégaiement, ses travaux, notamment exposés dans *Les troubles de la parole : étude clinique et thérapeutique* (Masson, 2002), offrent des bases solides pour une rééducation structurée. Elle considère le bégaiement comme une perturbation complexe du rythme et de la coordination de la parole, souvent liée à une immaturité neuromotrice ou à un vécu émotionnel instable. Dans ce cadre, la rééducation vise d'abord à rétablir une respiration abdominale calme et contrôlée, afin de soutenir une phonation fluide. Le rythme joue également un rôle central : des jeux rythmiques, des comptines

et des balancements corporels sont utilisés pour synchroniser le souffle, la voix et l'articulation. Borel-Maisonny accorde aussi une importance particulière à l'ajustement du tonus musculaire, au relâchement des tensions oro-faciales, et à l'intégration de gestes associés à la parole pour renforcer la coordination motrice, dans une perspective proche de sa célèbre méthode phonético-gestuelle. L'enfant est accompagné dans un cadre rassurant, sans contrainte, favorisant la valorisation de la parole spontanée, le plaisir de s'exprimer, et le respect du rythme individuel. L'approche met l'accent sur la prévention des blocages par des activités ludiques et progressives, incluant parfois le chant, la lecture rythmée, la verbalisation différée, ou encore des exercices de motricité globale liés à la parole. Enfin, dans ses écrits cliniques comme dans le Bulletin de la Fédération Nationale des Orthophonistes (n°211, septembre 2002), on retrouve des traces de cette vision intégrative, humaniste et corporelle de la rééducation du bégaiement, qui a largement influencé les pratiques orthophoniques contemporaines. Ainsi, sans constituer une méthode strictement codifiée, la prise en charge selon Borel-Maisonny demeure une référence fondatrice, où le souffle, le rythme, la motricité et l'émotion sont considérés comme indissociables dans l'accompagnement de l'enfant bégue. (Borel-Maisonny, 2002)

3- Les étapes de la prise en charge orthophonique du bégaiement

3.1 Entretien anamnestique

L'anamnèse permet de recueillir des informations essentielles sur l'histoire du patient et de son trouble.

Identification et contexte général :

Nom, prénom, date de naissance, âge actuel

Adresse et numéro de téléphone.

Date du bilan.

Niveau scolaire et établissement fréquenté

Antécédents médicaux et familiaux :

Antécédents périnataux : Déroulement de la grossesse, conditions de l'accouchement, complications éventuelles

Antécédents médicaux : Pathologies, interventions chirurgicales, infections ORL

Antécédents familiaux : Présence de troubles similaires dans la famille (bégaiement, troubles du langage, troubles neurologiques, etc.)

Développement de l'enfant :

Développement psychomoteur : Acquisition de la tenue de tête, position assise et debout, marche

Autonomie : Propreté, alimentation, habillement

Sommeil : Présence de troubles du sommeil (terreurs nocturnes, cauchemars, difficultés d'endormissement)

Développement du langage : Âge d'apparition du babillage, des premiers mots et phrases, intelligibilité de la parole

Histoire et évolution du trouble :

Date et cause d'apparition du bégaiement

Évolution du trouble : Stabilité, aggravation ou amélioration

Type de dysfluences : Répétitions, prolongations, blocages

Conscience du trouble : Perception de l'enfant vis-à-vis de son bégaiement, réactions émotionnelles

Facteurs déclenchants et aggravants : Fatigue, stress, pression temporelle

Environnement familial et social : Relations avec la fratrie, attentes parentales, organisation quotidienne

Réactions parentales face au trouble : Indifférence, soutien, moqueries éventuelles.

4. Bilan Orthophonique

4.1 Évaluation du langage oral

Objectif : Analyser les capacités de communication et les caractéristiques du trouble.

En orthophonie, l'évaluation du langage oral chez l'enfant repose sur l'observation du langage spontané, dirigé et semi-spontané. Ces trois types de langage permettent de recueillir des informations complémentaires sur les compétences de l'enfant. Le langage spontané est observé lors de situations naturelles comme les jeux libres ou les échanges informels. Ces moments permettent à l'enfant de s'exprimer librement et à l'orthophoniste d'observer ses capacités communicationnelles réelles, ainsi que les stratégies de compensation qu'il utilise pour faire face à ses difficultés. Le langage semi-spontané est sollicité à l'aide de supports imagés, comme des histoires en images ou des livres sans texte. Ces supports orientent légèrement l'expression

de l'enfant, tout en lui laissant une certaine liberté. Le langage dirigé, quant à lui, est évalué à partir de tâches précises comme la dénomination, la répétition de mots ou la compléction de phrases. Ces exercices sont souvent issus de tests orthophoniques standardisés et permettent d'évaluer plus en détail les compétences lexicales, morphosyntaxiques et pragmatiques. Il est recommandé de commencer par l'analyse du langage spontané, puis de compléter avec les épreuves dirigées, afin d'obtenir un profil langagier complet. Cette démarche permet à l'orthophoniste de mieux comprendre les points forts et les difficultés de l'enfant, pour adapter au mieux la prise en charge.

a) Versant expressif

Articulation : Analyse du paradigme consonantique à différents niveaux (phonèmes, syllabes, mots, phrases)

Parole : Observation des caractéristiques du bégaiement

Répétition de logatomes : Évaluation de la capacité à produire des associations phonémiques

Répétition de mots et phrases : Analyse de la stabilité articulatoire et de la fluence

Lecture à voix haute : Observation des variations de la fluence et des paramètres prosodiques (mélodie, rythme, débit)

Parole automatique : Analyse de la fluidité lors de productions automatiques (comptage, jours de la semaine)

Langage dirigé et spontané : Observation du bégaiement en conversation naturelle

Épreuve de fluence verbale : Évaluation des capacités d'évocation lexique sous contrainte temporelle (catégorielle et phonémique)

Épreuves lexicales : Dénomination rapide d'images pour mesurer l'impact du bégaiement sur l'accès lexical

Épreuves syntaxiques : Construction de phrases simples et complexes, séquentialisation temporelle à partir d'images.

b) Versant réceptif

Épreuves lexicales : Désignation d'images pour évaluer la compréhension du vocabulaire

Épreuves syntaxiques passives : Compréhension orale de structures syntaxiques variées

4.2 Observation comportementale

Présence de syncinésies (mimiques faciales)

Mouvements involontaires associés :

Tics, clignements des yeux

Crispations du visage et du cou

Tremblements des lèvres et du menton

Respiration inversée, incoordination pneumo-phonique

5. Développements existants dans la prise en charge du bégaiement

Le traitement du bégaiement chez l'enfant repose sur plusieurs approches complémentaires :

5.1 Méthodes de prise en charge orthophonique

Méthode Lidcombe : Approche comportementale axée sur le renforcement positif et la correction des dysfluences en milieu familial

Thérapies basées sur le contrôle du débit : Techniques de ralentissement de la parole et de modélisation fluente

Méthodes rythmiques et prosodiques : Chanter, scander ou utiliser des rythmes pour améliorer la fluidité

5.2 Intervention complémentaire

-Relaxation et gestion du stress : Techniques de respiration et de relaxation pour réduire la tension musculaire

-Approche psychologique : Soutien émotionnel et travail sur la confiance en soi

-Guidance parentale : Sensibilisation des parents aux bonnes pratiques pour améliorer la communication

6. Guidance Parentale

L'objectif est de sensibiliser les parents et de leur fournir des stratégies pour favoriser la Fluence de leur enfant.

Conseils pratiques :

-Se placer à hauteur de l'enfant et lui proposer le mot sur lequel il bloque

- Maintenir le contact visuel et apaiser l'enfant par un geste rassurant
- Poser une seule question à la fois et privilégier les commentaires
- Moduler le débit de parole en parlant lentement et en marquant des pauses
- Encourager un climat de communication détendu en évitant les activités trop stimulantes
- Structurer le discours de l'enfant en posant des questions ciblées.
- Reformuler les phrases de l'enfant pour lui donner du temps et un modèle linguistique
- Porter attention au contenu du message plutôt qu'à la forme

Synthèse :

Le but de la prise en charge orthophonique n'est pas d'éliminer le bégaiement, mais plutôt d'enseigner au patient de déstigmatiser le bégaiement, à améliorer son expression orale et sa communication, dans le but d'améliorer ses interactions avec autrui et sa perception de lui-même. On peut suggérer des formations intensives ou des groupes de soutien mutuel. Les blogs et forums en ligne facilitent le partage des récits d'adultes bégues et de thérapeutes. La production non autorisée constitue une infraction.

Chapitre III

Le programme lidcombe

1- Introduction générale du programme Lidcombe

Le programme Lidcombe est une approche comportementale spécialement conçue pour les enfants d'âge préscolaire atteints de bégaiement. Son objectif principal est de supprimer les épisodes de bégaiement afin de restaurer une parole fluide et naturelle.

Ce programme repose sur l'implication active des parents, qui appliquent les stratégies thérapeutiques dans l'environnement quotidien de l'enfant, sous la supervision d'un clinicien. Cette méthode permet une meilleure généralisation des acquis, puisque l'intervention se déroule directement dans les situations de communication habituelles de l'enfant.

Fondé sur le renforcement positif, le programme Lidcombe encourage les parents à valoriser la parole fluente et à gérer les moments de bégaiement de manière adaptée. Son efficacité a été démontrée dans de nombreuses études cliniques, avec une réduction significative, voire une disparition complète du bégaiement chez les jeunes enfants.

Toutefois, son efficacité tend à diminuer après l'âge de 6 ans, rendant l'intervention précoce essentielle

L'un des atouts majeurs du programme réside dans sa flexibilité : les parents adaptent son application en fonction des besoins spécifiques de leur enfant, avec l'accompagnement du clinicien. Ce modèle favorise une expérience positive et motivante pour l'enfant et sa famille.

En somme, le programme Lidcombe constitue une méthode innovante et scientifiquement validée, permettant une prise en charge efficace et naturelle du bégaiement infantile.

(Onslow, Packman & Harrison, 2024, p.p. 4-5)

2- Aperçu historique et origines du programme Lidcombe

Le programme Lidcombe a été conçu dans les années 1980 par des chercheurs et cliniciens de l'Université de Sydney, en collaboration avec l'unité de bégaiement du Bankstown Health Service, en Australie. Il tire son nom du Lidcombe Hospital, où les premières recherches ont été menées. Développé à partir de la pratique clinique réelle, il visait à offrir une prise en charge efficace et accessible aux enfants d'âge préscolaire souffrant de bégaiement. Contrairement à d'autres interventions créées uniquement en laboratoire, le programme Lidcombe s'est construit directement sur le terrain, avec un accent majeur sur l'implication parentale.

Son élaboration a été influencée par les particularités du quartier multiculturel de Bankstown, où l'utilisation d'interprètes s'est révélée nécessaire dès ses premières applications. Testé au sein de cliniques publiques, notamment à la Stuttering Unit du Bankstown Health Service, il s'est progressivement affiné grâce aux retours des cliniciens et aux résultats cliniques observés. À partir du début des années 1990, des études cliniques rigoureuses ont démontré son efficacité significative, renforçant ainsi sa reconnaissance au sein de la communauté scientifique et orthophonique.

Son succès en Australie a conduit à son expansion rapide vers d'autres pays anglophones avant d'être adapté à différentes langues et cultures. Aujourd'hui, il est reconnu mondialement comme une référence en orthophonie pour la prise en charge précoce du bégaiement, grâce à son approche fondée sur des preuves scientifiques et cliniques solides. (Onslow, Packman & Harrison, 2024, p.p. 3-4).

3- Les étapes du programme Lidcombe

Les deux étapes du programme Lidcombe, Le programme Lidcombe se déroule en deux étapes, chacune ayant un rôle spécifique dans la réduction et la stabilisation du bégaiement chez l'enfant.

Première étape : Réduction du bégaiement

L'objectif est d'éliminer le bégaiement dans les situations de communication quotidienne. Les parents, sous la supervision du clinicien, appliquent des contingences verbales (félicitations et encouragements lors des moments de fluidité).

Cette phase se termine lorsque le bégaiement atteint un seuil prédéfini, signifiant que l'enfant bégaye très peu ou plus du tout. À ce stade, les mesures objectives de la parole deviennent essentielles pour établir des critères précis et valider la réussite de cette première étape.

Deuxième étape : Stabilisation et prévention des rechutes

L'objectif est de maintenir les progrès obtenus et d'éviter toute rechute. Contrairement à d'autres approches où la phase de maintien est secondaire, cette deuxième étape fait partie intégrante du traitement.

Les mesures de la parole continuent afin de surveiller la stabilité des acquis. Si l'amélioration persiste, les visites en clinique s'espacent progressivement jusqu'à leur arrêt. Les parents réduisent progressivement les contingences verbales et assurent le suivi du traitement. Toute

reprise du bégaiement est immédiatement corrigée pour éviter une rechute. (Onslow, Packman & Harrison, 2024, p.p. 8-9).

4- Le Déroulement du programme Lidcombe

Le programme Lidcombe repose sur une mise en œuvre progressive et individualisée, où l'orthophoniste accompagne les parents dans l'application des techniques thérapeutiques. Il débute par des séances hebdomadaires en clinique, durant lesquelles l'orthophoniste forme les parents aux procédures spécifiques du programme. Ces séances, généralement organisées en matinée ou en début d'après-midi pour optimiser l'attention de l'enfant, impliquent le plus souvent un seul parent, bien que les deux puissent participer, ainsi que d'autres personnes clés de l'entourage de l'enfant.

L'un des fondements du programme est son adaptabilité : chaque prise en charge est ajustée en fonction de la relation parent-enfant et des progrès réalisés. L'orthophoniste veille à ce que les parents acquièrent progressivement de nouvelles compétences pour favoriser l'amélioration de la fluence. Une stagnation dans les séances indique la nécessité d'adaptations pour optimiser l'intervention.

Le principe central du programme Lidcombe repose sur l'utilisation de contingences verbales parentales, qui consistent à valoriser la parole fluide et à gérer le bégaiement de manière bienveillante. Ces contingences incluent des félicitations et des encouragements lors des moments de fluence, ainsi qu'une reconnaissance du bégaiement lorsqu'il survient. Dans certains cas, le parent peut inviter l'enfant à reformuler une phrase en évitant le bégaiement, mais toujours dans un cadre positif et adapté. Une règle essentielle du programme stipule que les commentaires positifs sur la parole fluide doivent être cinq fois plus fréquents que ceux liés au bégaiement, afin de maintenir une dynamique motivante et non contraignante.

L'introduction de ces contingences suit une progression bien définie. Initialement, elles sont appliquées dans des conversations structurées, sous supervision orthophonique, afin de garantir un apprentissage progressif et un climat de sécurité pour l'enfant. Une fois ces stratégies maîtrisées par les parents et bien acceptées par l'enfant, elles sont progressivement intégrées aux interactions quotidiennes naturelles, favorisant ainsi la généralisation des acquis.

Le suivi du bégaiement constitue un aspect fondamental du programme. À chaque séance clinique, l'orthophoniste évalue objectivement la sévérité du bégaiement en comptabilisant les disfluences présentes dans la parole spontanée de l'enfant. Parallèlement, les parents utilisent une échelle de sévérité de 10 points, remplie quotidiennement pour observer l'évolution du

bégaiement en contexte familial. Ce double suivi permet d'identifier les variations du bégaiement et d'ajuster la prise en charge en fonction des besoins spécifiques de l'enfant.

Enfin, l'efficacité du programme repose sur une évaluation continue des progrès. L'orthophoniste analyse régulièrement les données recueillies afin de s'assurer de l'évolution positive du traitement. Si les résultats sont insuffisants, des ajustements sont rapidement mis en place pour optimiser la prise en charge. Cette flexibilité est cruciale, notamment durant les premières semaines, qui sont déterminantes pour le succès du programme. Une absence de suivi rigoureux ou une mauvaise interprétation des mesures pourrait compromettre l'efficacité de l'intervention. Ainsi, la collecte et l'analyse des mesures de parole sont des éléments essentiels pour garantir une mise en œuvre optimale du programme Lidcombe et maximiser ses bénéfices pour l'enfant. (Onslow, Packman & Harrison, 2024, p.p. 7-8).

5- Les techniques et outils spécifiques du programme Lidcombe

5-1 Mesure du pourcentage de syllabes bégayées (%SS)

L'orthophoniste évalue le %SS lors des séances en engageant l'enfant dans une conversation naturelle, souvent pendant une activité ludique. Cette mesure doit être réalisée sur un échantillon d'au moins 300 syllabes pour être valide. Les résultats sont consignés graphiquement sur une feuille de suivi clinique pour observer l'évolution du bégaiement au fil du temps.

5-2 Échelle de sévérité du bégaiement (SR - Severity Rating)

Les parents attribuent quotidiennement un score de sévérité (SR) sur une échelle de 1 à 10, en fonction du bégaiement observé dans la vie quotidienne. L'orthophoniste forme les parents à l'utilisation de cette échelle et compare leurs évaluations avec les siennes lors des consultations. En cas de désaccord entre les scores du parent et ceux du clinicien, une discussion est menée pour harmoniser les évaluations.

5-3 Utilisation d'enregistrements audio

Lorsque l'enfant parle peu en clinique, les parents peuvent enregistrer des échantillons de parole dans des situations quotidiennes. L'orthophoniste analyse ensuite ces enregistrements avec le parent pour affiner l'identification des moments de bégaiement et améliorer la précision des évaluations.

5-4 Mesure des bégaiements par minute de temps de parole (SMST - Stutters per Minute of Speaking Time)

Bien que non systématique, la mesure SMST peut être utilisée pour évaluer la fréquence des bégaiements. Les parents sont formés à utiliser un chronomètre pour mesurer le temps de parole effectif et identifier les moments de bégaiement sur des enregistrements, afin d'améliorer la précision de leurs observations.

5-5 Suivi et enregistrement des données

Toutes les données recueillies (%SS, SR, SMST) sont notées sur une feuille de suivi permettant à l'orthophoniste et aux parents de visualiser l'évolution du bégaiement. Cet outil aide à adapter la prise en charge et à déterminer le bon moment pour passer à la phase 2 du programme.

Ces techniques et outils sont essentiels pour assurer un suivi rigoureux et une prise en charge efficace du bégaiement chez l'enfant dans le cadre du programme Lidcombe. (Mark Onslow, (Onslow, Packman & Harrison, 2024, p.p. 61 à 64).

6- Les facteurs clés de succès du programme Lidcombe

Le premier facteur repose sur une approche fondée sur des preuves scientifiques :

Le programme Lidcombe est une méthode comportementale dont l'efficacité est appuyée par de nombreuses études. Ces recherches montrent que le traitement permet une réduction significative, voire une disparition complète du bégaiement. En outre, la structuration du programme en deux phases : une première pour éliminer le bégaiement et une seconde pour en maintenir les acquis—garantit une transition stable et progressive vers une parole fluide.

Ensuite, l'implication active des parents constitue un élément essentiel du succès du programme Lidcombe.

Ceux-ci jouent un rôle central puisqu'ils appliquent le traitement à domicile sous la supervision de l'orthophoniste. Grâce à leur engagement quotidien et aux feedbacks positifs qu'ils apportent à leur enfant, l'amélioration de la fluidité verbale devient plus naturelle et durable. De plus, le suivi du bégaiement est réalisé de manière rigoureuse et continue, permettant d'adapter le traitement en fonction des progrès de l'enfant.

Un autre facteur déterminant réside dans les résultats cliniquement validés et durables. Plusieurs études longitudinales confirment que les enfants qui suivent ce programme atteignent des niveaux quasi nuls de bégaiement après en moyenne 11 séances. Mais ce qui est encore plus

rassurant, c'est que ces effets sont maintenus sur le long terme. Contrairement à certaines craintes, il a été prouvé que cette approche n'impacte ni le développement du langage de l'enfant ni son bien-être psychologique.

Enfin, une approche sécurisée pour le développement de l'enfant vient renforcer la pertinence de cette méthode. Grâce à l'ensemble de ces éléments une base scientifique solide, une structuration claire, l'implication des parents, un suivi rigoureux et des résultats validés le programme Lidcombe s'impose comme une référence en matière de prise en charge précoce du bégaiement. Il permet ainsi aux jeunes enfants d'acquérir une parole fluide et stable sur le long terme.

Les facteurs clés de succès du programme Lidcombe reposent sur des preuves scientifiques, une structure méthodique, l'implication des parents, une évaluation continue des progrès, des résultats cliniquement validés et l'absence d'impact négatif sur le développement de l'enfant. Ces éléments en font une approche efficace et fiable pour la prise en charge précoce du bégaiement. (Onslow, Packman & Harrison, 2024, p.p. 10 à 14).

Synthèse

Le bégaiement chez l'enfant requiert une prise en charge orthophonique précoce, qui vise à améliorer la fluidité de la parole. Le programme Lidcombe, structuré en deux étapes, joue un rôle clé dans ce processus. La première étape se concentre sur la réduction du bégaiement à travers des renforcements positifs, tandis que la deuxième se focalise sur la stabilisation des progrès et la prévention des rechutes. L'implication des parents est essentielle, car ils appliquent les stratégies au quotidien, sous la supervision du clinicien. Cette approche flexible et fondée sur des données probantes permet d'obtenir des résultats durables et efficaces

Partie pratique

Chapitre IV

La méthodologie de la recherche

Préambule

La partie méthodologique est essentielle dans toute recherche clinique en orthophonie. Elle repose sur une approche théorique et épistémologique qui guide la sélection des techniques d'évaluation et d'intervention adaptées aux lésions, garantissant ainsi la rigueur et l'objectivité du travail du chercheur. Ce processus inclut un enchaînement d'étapes logiques, permettant de structurer de manière claire l'étude menée. Dans ce chapitre, nous allons aborder et définir la pré-enquête réalisée, la méthode orthophonique choisie, présenter le lieu d'étude, les outils d'évaluation et de rééducation utilisés, ainsi que la présentation du groupe de recherche, et enfin, le déroulement de la recherche.

1- La pré-enquête

La pré-enquête, est une étape importante. Au cours de cette phase, le chercheur se familiarise de manière complète avec le groupe de recherche. Elle permet de situer l'objet d'étude dans un contexte global et de recueillir des données dont l'analyse autorisera un affinement du cadre conceptuel. Elle permet également de formuler des hypothèses générales. Bien que critique, cette étape non formalisée utilise tous les moyens de communication ou d'information accessibles. Il peut donc s'agir de faire des observations directes ou de mettre en place des méthodes d'enregistrement (Édith Sales Wuillemin, 2006, p. 8).

Depuis le début du mois de décembre 2024, nous avons pu entamer notre pré-enquête par le biais d'entretiens exploratoires, menés sur une durée de trois jours, au sein de cabinet

Réeduc& moi, Nous y avons été bien accueillis par l'orthophoniste, à qui nous avons présenté notre thème de recherche portant sur « La prise en charge orthophonique du bégaiement chez l'enfant de 3 à 6 ans à travers le programme Lidcombe ». Cet échange nous a permis de clarifier nos objectifs et d'enrichir notre compréhension du sujet, notamment sur l'application concrète du programme Lidcombe en contexte clinique.

À l'issue de cette première rencontre, l'orthophoniste nous a demandé un temps de réflexion afin d'étudier la possibilité d'inclure des cas correspondant à notre thématique. Le 08 décembre, nous sommes retournés au cabinet pour poursuivre nos échanges. Nous avons alors pu préciser les objectifs de notre étude, et elle nous a informés de l'existence de plusieurs cas d'enfants âgés de 3 à 6 ans suivis pour un bégaiement.

Cependant, après une analyse approfondie, seuls trois cas répondaient précisément à nos critères : diagnostic de bégaiement confirmé, tranche d'âge respectée, et prise en charge engagée selon la méthode Lidcombe.

2- La méthode de recherche

Dans le domaine de la recherche, différentes méthodes sont opérées pour structurer et orienter les études de manière rigoureuse. Ces approches sont essentielles pour garantir la validité et la fiabilité des résultats obtenus. Dans le cadre de mon stage, nous avons optés pour une méthode expérimentale afin d'observer et d'évaluer l'efficacité de la prise en charge orthophonique.

La méthode quasi-expérimentale : Cette étude adopte une méthode quasi-expérimentale, reposant sur un devis de type pré-post test sans groupe témoin. Trois enfants présentant un bégaiement ont été suivis dans le cadre de leur prise en charge orthophonique. Le programme lidcombe a été appliqué sur une durée déterminée, en collaboration étroite avec les parents. Des évaluations ont été menées avant le début de l'intervention et après sa mise en œuvre, afin d'observer les évolutions possibles de la fluence verbale.

Ce choix méthodologique s'explique par le contexte clinique réel dans lequel se déroule l'étude, ne permettant ni la randomisation des sujets ni la constitution de groupes comparatifs. L'objectif est donc d'évaluer les effets potentiels de l'intervention dans des conditions proches de la pratique orthophonique courante (**Shadish, cook & Campbell, 2002 ; White & Sabarwal , 2014**)

3- Présentation de lieu de recherche

Le stage s'est déroulé au sein de cabinet d'orthophonie "Rééduc & Moi", dirigé par Madame Aggoun CH., qui a ouvert ses portes en 2019. Il est situé à Béjaïa, plus précisément sur la route de Souk Edimco. Le cabinet est aménagé dans un appartement comprenant un sanitaire, une salle de bain, une salle d'attente, ainsi qu'une chambre personnelle utilisée par la praticienne.

Ce cabinet, prend en charge les enfants atteints de diverses pathologies, notamment :

- Les troubles de la parole et du langage.
- Les troubles des apprentissages scolaires.
- Les troubles neurologiques (trisomie 21, paralysie cérébrale, autisme).
- Les troubles auditifs et la surdité.

- Les troubles oro-faciaux.
- Les troubles de la voix.
- Les troubles de la fluence, notamment le bégaiement.

4- Le groupe de recherche

Notre groupe de recherche se compose de 03 patients, dont deux filles et un garçon, diagnostiqués par leurs orthophonistes actuels, atteints de bégaiement, d'âges entre 3 à 6 ans.

Tableau 01: présentation du groupe d'étude :

Les cas	Nom & Prénom	Sexe	Age	Type de pathologie	Age du diagnostic
N°=01	M. A	Féminin	6 ans	Bégaiement	4 ans
N°=02	T. A	Féminin	4 ans et Demi	Bégaiement	4 ans et Demi
N°=03	S. A	Masculin	6 ans	Bégaiement	3 ans

Critères d'inclusions :

- Tous nos sujets sont bégues.

Critères d'exclusions :

- variation d'âge.
- Trouble associés (retard de langage)
- Diversité de langues parlée.

5- Les outils utilisés dans la recherche

En orthophonie, un outil désigne tout instrument, méthode, test standardisé, protocole d'évaluation ou support thérapeutique utilisé par le professionnel pour observer, évaluer, analyser ou améliorer les compétences langagières, cognitives, communicatives ou oro-myo-fonctionnelles d'un patient.

Il peut s'agir de tests normés, de grilles d'observation, de jeux éducatifs, de supports visuels ou auditifs, ou encore de logiciels spécialisés.

Dans le cadre de cette recherche, les outils utilisés permettent de recueillir des données fiables et pertinentes pour évaluer l'efficacité des interventions orthophoniques.

Afin de présenter de manière structurée cestte outil, nous commencerons par détailler l'échelle d'évaluation utilisée, puis nous exposerons le programme Lidcombe et activités associées.

L'échelle de sévérité du bégaiement (SRS) :

Dans le cadre de cette étude, l'échelle de sévérité du bégaiement (Severity Rating Scale – SRS), développée dans le contexte du programme Lidcombe, constitue le principal outil de mesure utilisé pour évaluer l'évolution du bégaiement chez l'enfant.

Il s'agit d'une échelle comportementale simple, graduée de 0 à 9, où :

- 0 correspond à aucun signe de bégaiement observé
- 9 indique un bégaiement extrêmement sévère et constant au cours de la journée.

Cette échelle est remplie quotidiennement par les parents, qui attribuent une note en fonction de la sévérité perçue du bégaiement de leur enfant durant toute la journée.

Les parents sont formés par l'orthophoniste pour interpréter et appliquer correctement cette échelle, de manière cohérente et fiable.

L'objectif de cette auto-évaluation quotidienne est de :

Suivre l'évolution de la fluidité de manière continue.

Détecter préocement les variations ou signes de rechute.

Servir d'indicateur de progression dans le programme.

Aider à décider du passage à la phase 2, qui nécessite une stabilité des scores entre 0 et 1 pendant au moins trois semaines consécutives.

L'échelle SRS est également discutée chaque semaine lors des séances hebdomadaires en cabinet avec l'orthophoniste, afin d'ajuster l'intervention en fonction des progrès ou des stagnations observées.

Elle permet une implication active des parents dans la prise en charge thérapeutique et renforce le partenariat entre l'orthophoniste, l'enfant et sa famille.

5-1 Le programme de lidcombe

Le programme Lidcombe est un programme comportemental d'intervention précoce destiné aux enfants de 3 à 6 ans présentant un trouble de la fluidité de la parole. Il est mis en œuvre par

les parents, sous la supervision régulière d'un orthophoniste. Le programme repose sur le renforcement positif, avec pour objectif de réduire les disfluences dans l'environnement quotidien de l'enfant.

Il se déroule en deux phases complémentaires :

Phase 1 : visant à réduire significativement le bégaiement,

Phase 2 : centrée sur la stabilisation et la prévention des rechutes.

Objectifs du programme

- Réduire le bégaiement jusqu'à un niveau non perceptible dans la vie quotidienne.
- Renforcer la parole fluente par des retours positifs réguliers.
- Intégrer l'intervention dans les contextes de vie quotidienne.
- Responsabiliser les parents en les formant à jouer un rôle actif dans le traitement.
- Prévenir les rechutes grâce à un suivi progressif et une stabilisation à long terme.
- Principes et consignes d'application
- Utilisation de feedbacks verbaux contingents donnés par les parents après les productions orales de l'enfant.

Séances courtes et quotidiennes à domicile, dans un cadre ludique et sans pression.

Le parent fournit des retours valorisants et occasionnellement correctifs, uniquement quand l'enfant est réceptif.

Les corrections ne doivent jamais être données en dehors des moments désignés.

Une cotation quotidienne de la sévérité du bégaiement est réalisée (de 0 à 9).

Les parents appliquent les consignes données par l'orthophoniste et ajustent en fonction de l'évolution.

Déroulement pratique sur le terrain :

Phase 1 : Réduction du bégaiement

Durée : variable selon l'enfant (quelques semaines à plusieurs mois).

Séances hebdomadaires au cabinet :

Une fois par semaine, l'enfant se rend avec l'un de ses parents chez l'orthophoniste.

Lors de ces séances, l'orthophoniste :

- observe l'enfant dans une activité de langage naturel (jeu, discussion).
- évalue la fréquence des disfluences.
- forme le parent à appliquer les feedbacks positifs de manière appropriée.
- ajuste les consignes selon les progrès constatés.

À domicile :

- Une séance quotidienne de 10 à 15 minutes.
- Activité choisie par le parent (jeu, livre, discussion).
- Feedbacks valorisants du type :

« Tu as très bien parlé ! »

« C'était fluide, bravo ! »

- En cas de bégaiement, retour doux et encourageant :

« Peux-tu le redire doucement ? »

Outil de cotation quotidien :

- Note de 0 (aucun bégaiement) à 9 (bégaiement sévère) attribuée chaque jour par le parent.
- Ces données sont discutées chaque semaine avec l'orthophoniste.

Critères de passage à la phase 2 :

- Trois semaines consécutives avec des notes entre 0 et 1.
- Aucune disfluence significative observée par le parent et l'orthophoniste.

Phase 2 : Stabilisation**Les objectifs de programme lidcombe :**

- maintenir la fluidité acquise et éviter les rechutes.
- Espacement progressif des séances en cabinet : bimensuel, puis mensuel.
- Réduction progressive des retours verbaux : ceux-ci deviennent plus naturels et spontanés.

Suivi continu :

- La cotation quotidienne est maintenue.

- En cas d'augmentation des disfluences, la phase 1 peut être temporairement reprise.

Outils utilisés dans le programme :**Échelle de sévérité quotidienne (0-9) :**

- Utilisée par le parent chaque jour pour suivre la fluidité.
- Permet à l'orthophoniste de suivre l'évolution sur le long terme.

Supports ludiques de langage :

- Jeux, images, livres, devinettes selon les goûts de l'enfant.

Grilles de suivi hebdomadaire :

- Recueillent les cotations et les remarques éventuelles.
- Facilitent l'ajustement du programme par l'orthophoniste.

Fiches de formation parentale :

- Explication claire des types de feedback.
- Consignes sur la structuration des séances à la maison.

Enregistrements (optionnel) :

- Permettent d'écouter l'enfant pour mieux analyser la qualité de sa parole. (Onslow, Packman & Harrison, 2024)

5-2 Les activités du programme lidcombe appliqués par les parents

Les activités	Consignes données Par les parents
Dire son nom	Tu demandes à maria : « dis ton nom calmement » + félicitation place ou immédiate
Donner son adresse	« Demander de dire où il habite » + Encouragement après chaque réussite
Questions personnelles	« Pose des questions sur ses gouts, l'école, les jouées préférés »
Compter	« Compter doucement maria et respire bien » + renforcer la fluidité

6-

Répéter des mots (de nacira zellal)	« Donne-lui des mots à répéter calmement, félicite la bonne prononciation »
Répéter des phrases (nacira zellal)	« Tu lui donne une phrase simple, demande de répéter sans pression »
Dénommer des images	« Monter une ou plusieurs images, demande ce que c'est, Félicite la réponse fluide »
Donné 10 noms d'animaux	«Demande-lui De nommer plusieurs animaux»
Donné 10 noms de fruits	« Demande-lui De nommer plusieurs fruits »
Raconter une histoire	« Lui demandé de raconter sa journée ou bien une histoire qu'elle aime »
Chanter	« Demande-lui de te Chanté la plus chanson quelle aime,

Déroulement de la recherche

D'une manière générale, cette phase précoce du terrain permet au chercheur de récolter toutes les informations utiles à sa recherche.

Avant même d'entamer cette pré-enquête, nous avons été confrontés à plusieurs obstacles pour trouver un lieu de stage en orthophonie adapté à notre sujet de recherche. Cette phase a exigé de nous beaucoup d'efforts, de temps et de persévérance. Nous avons exploré différentes pistes, pris contact avec de nombreux professionnels et nous sommes déplacés à plusieurs reprises dans différents cabinets. Chaque étape nous a permis de mieux cerner les réalités du terrain orthophonique, mais aussi de nous confronter à certaines limites liées à l'organisation des structures et aux disponibilités des praticiens. Ce parcours, bien que semé de défis, a renforcé notre engagement et notre motivation à mener à bien notre projet.

Après cette période de recherche intense et parfois décourageante, nous avons finalement trouvé un lieu d'accueil adapté : le cabinet Rééduc&moi, situé à Béjaïa, qui débute le 08 décembre 2024 jusqu'à le 5 mai 2025.

Synthèse

Ce chapitre méthodologique présente une étude expérimentale menée auprès de trois enfants âgés de 3 à 6 ans, suivis pour bégaiement au cabinet « Rééduc & Moi » à Béjaïa. La recherche repose sur un protocole à groupe unique, évalué par pré-test et post-test, appliquant le programme Lidcombe. Les parents, formés par l'orthophoniste, ont activement participé à travers des activités ludiques à domicile, favorisant la parole fluente. L'échelle de sévérité du bégaiement (SRS) a permis un suivi quotidien de l'évolution. L'ensemble du dispositif visait à mesurer l'efficacité de cette prise en charge orthophonique précoce

Chapitre V

Présentation, analyse des résultats et discussion des Hypothèses

1- Présentation des cas

1-1 Présentation du 1 er cas (M.A)

M.A, une fillette de 6ans, est présentée en consultation orthophonique pour des blocages répétitifs dans la parole, apparus de manière progressive vers l'âge de 5ans, à la suite d'un changement de crèche. L'anamnèse a été recueillie auprès de son grand-père maternel. Aînée d'une fratrie de deux enfants, M.A partage son temps entre le domicile de ses parents et celui de ses grands-parents, car elle ne vit pas avec ses parents mais avec ses grands-parents dans un climat familial plutôt stable et calme. Aucun antécédent médical ou développemental notable n'a été signalé : la grossesse s'est déroulée sans complications, l'accouchement a été normal, et le développement moteur ainsi que psychomoteur s'est fait dans les temps. Sur le plan langagier, les premiers mots sont apparus vers 12 mois, les premières combinaisons de mots à 2 ans et demi, et les premières phrases après l'âge de 3 ans. Le bégaiement se manifeste principalement par des blocages en début de phrase ou de mot, souvent sur certaines consonnes comme le /ʒ/, donnant l'impression que l'enfant est à bout de souffle. Selon l'entourage, le trouble s'est stabilisé avec le temps. L'enfant n'a jamais bénéficié de suivi orthophonique ou psychologique antérieur. Elle n'est pas consciente de son bégaiement et ne subit pas de moqueries. Cependant, les épisodes de bégaiement s'accentuent lorsqu'elle est contrariée ou en présence de son frère. M.A est décrite comme une enfant têtue, sensible, jalouse et autoritaire. Elle est exposée aux écrans (télévision, téléphone) depuis son plus jeune âge. Scolarisée en classe préscolaire dans une crèche, sa scolarisation se déroule bien. Un antécédent familial de bégaiement est présent du côté maternel (grand-père).

1-1-1 Déroulement du programme lidcombe appliqué à domicile par les parents

Les parents n'ont pas appliqué le programme seul, mais sous l'accompagnement étroit et structuré de l'orthophoniste.

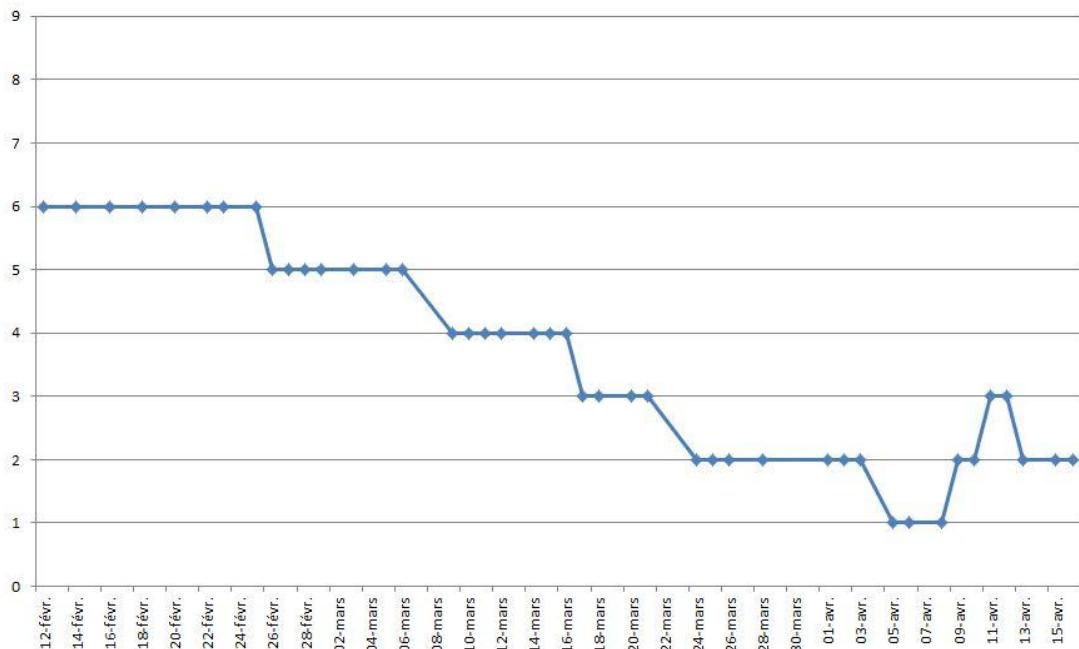
Les activités	Les semaines	Consignes données Par les parents	Objectif de l'activité	Evolution observée
Dire son nom	Semaines 1-2	Tu demandes à maria : « Dis ton nom calmement » + félicitation place ou immédiate	Encourager la Parole simple Et fluide Stimuler le langage spontané.	Bonne implication, Productions spontanées. Premiers mots fluides avec encouragement parentale.
Donner son adresse		« Demander de dire où il habite » + Encouragement après chaque réussite	Encourager la Parole simple Et fluide Stimuler le langage spontané.	Bonne implication, Productions spontanées. Premiers mots fluides avec encouragement parentale.
Questions personnelles		« Pose des questions sur ses gouts, l'école, les jouées préférés »	Encourager la Parole simple Et fluide Stimuler le langage spontané.	Bonne implication, Productions spontanées. Premiers mots fluides avec encouragement parentale.
Compter	Semaines 3-4	« Compter doucement maria et respire bien » + renforcer la fluidité	Rythme et coordination verbale Contrôler l'articulation	Réduction visible des disfluences. Amélioration de la fluidité dans les activités quotidiennes.
Répéter des mots (de nacira zellal)	Semaines 3-4	« donne-lui des mots à répéter calmement, félicite la bonne prononciation »	Rythme et coordination verbale Contrôler l'articulation	Réduction visible des disfluences. Amélioration de la fluidité dans les activités quotidiennes.

Tableau 02 : Déroulement du programme lidcombe appliqué à domicile par les parents du 1^{er} cas

Répéter des phrases (nacira zellal)	Semaines 3-4	« tu lui donne une phrase simple, demande de répéter sans pression »	Rythme et coordination verbale Contrôler l'articulation	Réduction visible des disfluences. Amélioration de la fluidité dans les activités quotidiennes.
Dénommer des images	Semaine 5	« Monter une ou plusieurs images, demande ce que c'est, Félicite la réponse fluide »	Vocabulaire et Production spontanée Renforcement De lexique Développement Du discours	Fluidité nettement améliorée. Blocages plus rares. Maintien des acquis dans les échanges.
Donné 10 noms d'animaux	Semaine 5	« Demande-lui De nommer plusieurs animaux »	Vocabulaire et Production spontanée Renforcement De lexique Développement Du discours	Fluidité nettement améliorée. Blocages plus rares. Maintien des acquis dans les échanges.
Donné 10 noms de fruits	Semaine 5	« Demande-lui De nommer plusieurs fruits »	Vocabulaire et Production spontanée Renforcement De lexique Développement Du discours	Fluidité nettement améliorée. Blocages plus rares. Maintien des acquis dans les échanges.
Raconter une histoire	Semaine 5	« lui demandé de raconter sa journée ou bien une histoire qu'elle aime »	Vocabulaire et Production spontanée Renforcement De lexique Développement Du discours	Fluidité nettement améliorée. Blocages plus rares. Maintien des acquis dans les échanges.

Chanter	Semaine 5	« Demande-lui de te Chanté la plus chanson quelle aime,	Vocabulaire et Production spontanée Renforcement De lexique Développement Du discours	Fluidité nettement améliorée. Blocages plus rares. Maintien des acquis dans les échanges.
---------	-----------	---	---	---

1-1-2 Présentation de l'échelle de sévérité du bégaiement de M.A avant et pendant l'application du programme lidcombe



Echelle de sévérité du bégaiement de M.A avant et pendant l'application du programme lidcombe du 12/02/2025 au 15/03/2025

1.1.3 Analyse de l'échelle avant et pendant l'application du programme Lidcombe : du 12/02 au 15/03/2025

Période avant intervention directe (12/02 - 26/02)

Niveau de sévérité : Stable de 6 à 9 pendant cette période.

Remarque importante : Ce niveau élevé ne signifie pas qu'aucun travail n'a été fait. C'était l'évaluation de départ faite par l'orthophoniste, fondée sur les observations antérieures pendant la rééducation.

Cette période peut donc être considérée comme la ligne de base avant l'effet direct du programme Lidcombe.

Phase de mise en œuvre du programme Lidcombe (à partir du 27/02)

27/02 au 05/03 : On observe une baisse progressive de la sévérité de 6 à 4.

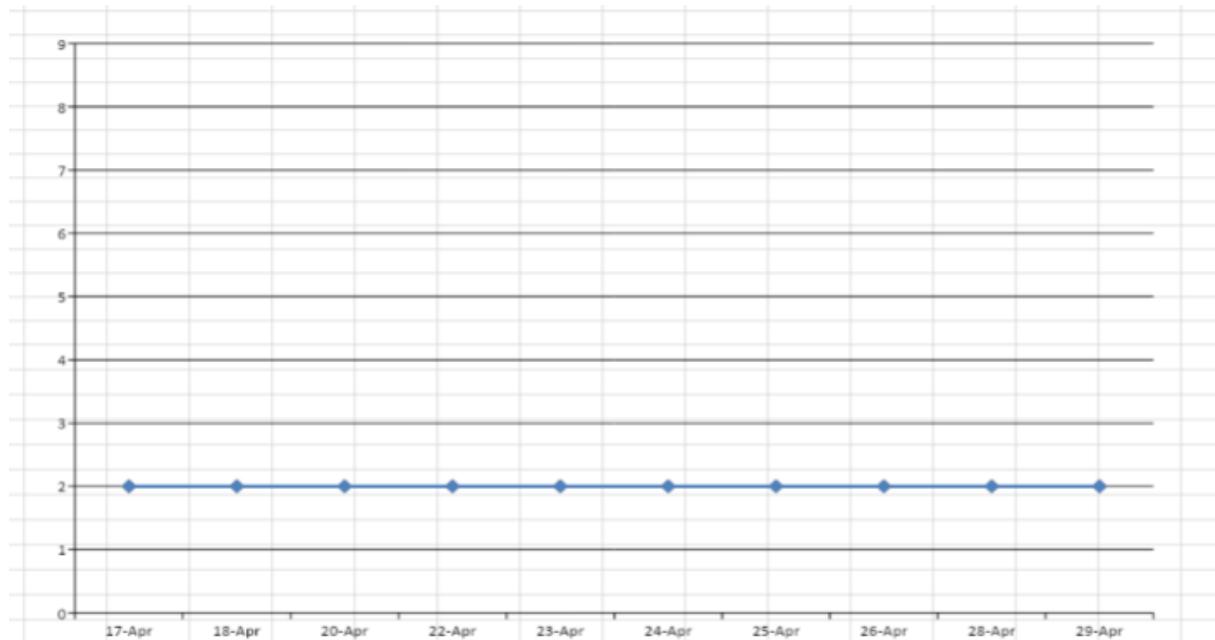
06/03 au 16/03 : La descente continue jusqu'à atteindre un niveau stable de 2, indiquant une amélioration notable.

01/04 au 05/04 : Le score chute à 1, représentant un progrès maximal temporaire.

06/04 au 08/04 : Petite remontée à 3, peut-être liée à un événement ou à une baisse d'adhérence au programme.

09/04 au 15/03 : Le score revient à 2, puis reste stable.

1-1-4 Présentation de l'échelle de sévérité du bégaiement de M.A après l'application du programme lidcombe : du 17/04 au 25/04/2025



Echelle de sévérité du bégaiement de M.A après l'application du programme lidcombe.

1-1-5 Analyse de l'échelle après l'application du programme Lidcombe : du 17/04 au 29 Avril 2025

Analyse de l'échelle de sévérité du bégaiement de M.A après l'application du programme Lidcombe (du 17 avril au 29 avril 2025)

L'analyse de l'échelle de sévérité du bégaiement de l'enfant M.A, observée sur une période de treize jours (13 jours), allant du jeudi 17 avril au mardi 29 avril 2025, met en évidence une stabilité complète du score à 2. Durant cette échéance, aucune variation n'est constatée : le score reste identique chaque jour, indiquant une sévérité faible du bégaiement.

Cette stabilité n'est pas le signe d'une stagnation, mais plutôt le reflet d'un maintien des effets positifs du programme Lidcombe après son application. En effet, la diminution du score, indiquant une amélioration du bégaiement, semble avoir eu lieu avant cette période, probablement durant la phase active du traitement. La période allant du 17 au 29 avril correspond donc à une phase de consolidation, où l'enfant maintient les acquis thérapeutiques atteints précédemment.

Cette constance suggère une efficacité prolongée du programme, renforcée par une implication régulière des parents dans le suivi quotidien à domicile. Le score faible maintenu pendant cette échéance témoigne de la réduction durable du bégaiement, confirmant que M.A a su intégrer les bénéfices du traitement même après la fin formelle de l'intervention.

1.1.6 Synthèse de cas M.A

L'évolution du bégaiement chez M.A met en évidence l'efficacité progressive et durable du programme Lidcombe. Avant l'intervention directe (12/02 au 26/02), le niveau de sévérité restait élevé, entre 6 et 9, marquant une base stable mais préoccupante. Dès la mise en œuvre du programme (à partir du 27/02), une baisse régulière du score est observée, jusqu'à atteindre un niveau faible de 2, avec même un pic à 1, témoignant d'une amélioration notable. Malgré une légère remontée passagère, la sévérité se stabilise rapidement. Après l'intervention (17/04 au 29/04), le score demeure constant à 2, sans aucune variation, illustrant une consolidation durable des acquis. Cette stabilité post-traitement confirme non seulement l'efficacité du programme, mais aussi le rôle essentiel de l'implication parentale dans le maintien des bénéfices à long terme.

1-2- Présentation du deuxième cas : T.A

T.A, âgée de 4 ans et demi, a été amenée en consultation orthophonique pour des répétitions de sons, symptôme caractéristique de son bégaiement. Elle est la quatrième d'une fratrie de cinq enfants, vivant dans un climat familial agité. Le bégaiement est apparu de manière progressive, coïncidant avec la naissance de sa petite sœur, un facteur probablement déclencheur. La maman note une répétition partielle des mots en début de phrase, sans grimaces associées, mais avec des moqueries constantes de la part des frères, ce qui constitue un facteur aggravant. T.A est consciente de son trouble, bien qu'il ne semble pas encore l'affecter émotionnellement. Sur le plan développemental, elle présente un retard de langage initial, avec un langage tardif (premiers mots à 18 mois, phrases à partir de 4 ans), et une exposition excessive aux écrans dès le plus jeune âge. Elle a déjà bénéficié d'un suivi orthophonique pour un retard de langage. Elle est scolarisée en moyenne section à la crèche, où sa scolarité est jugée moyenne. Son tempérament est décrit comme têtu, sensible, et elle manifeste des comportements agités avec des crises fréquentes.

1-2-1 Déroulement du programme lidcombe appliqué à domicile par les parents

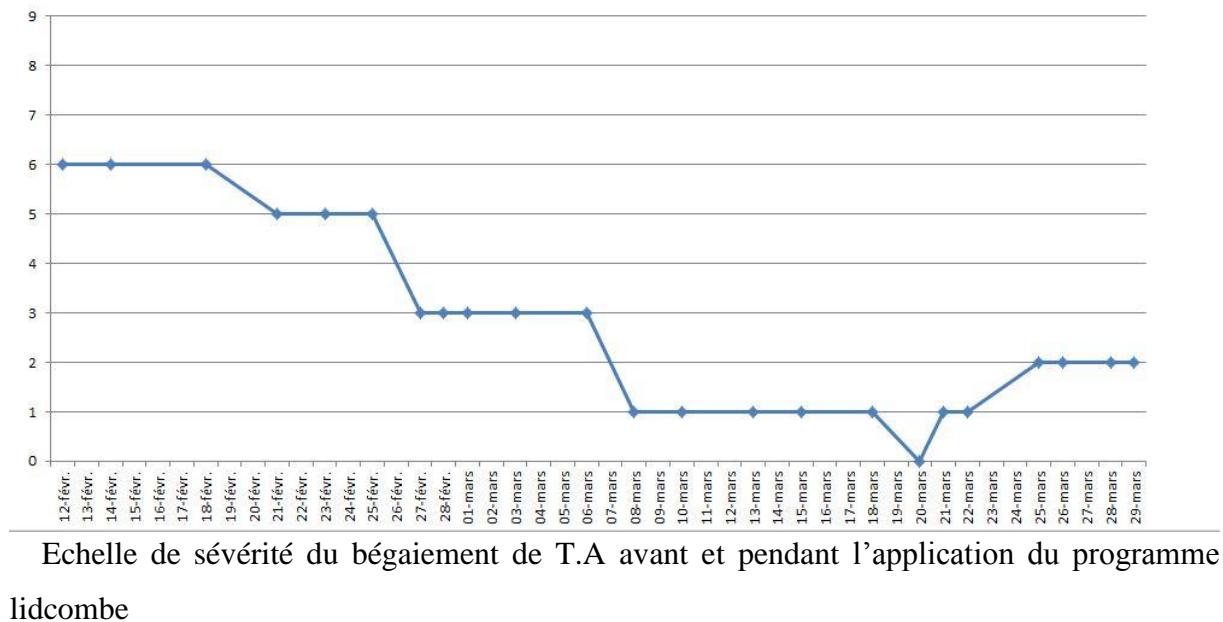
Les parents n'ont pas appliqué le programme seul, mais sous l'accompagnement étroit et structuré de l'orthophoniste.

Les activités	Les semaines	Consignes données Par les parents	Objectif de l'activité	Evolution observée Chez T.A
Dire son nom	Semaines 1-2	Tu demandes à maria : « dis ton nom calmement » + félicitation place ou immédiate	Encourager la Parole simple Et fluide	Bonne implication affective. Réduction progressive Des disfluences.
Donner son adresse	Semaines 1-2	« Demander de dire où il habite » + Encouragement après chaque réussite	Parole en phrases plus longues.	Bonne implication affective. Réduction progressive Des disfluences.
Questions personnelles	Semaines 1-2	« Pose des questions sur ses gouts, l'école, les jouées préférés »	Stimuler le langage Spontané.	Bonne implication affective. Réduction progressive Des disfluences.

Compter	Semaines 3-4	« Compter doucement maria et respire bien » + renforcer la fluidité	Rythme et coordination verbale Contrôler l'articulation	Fluidité en amélioration. Moins de blocages observés.
Répéter des mots (de nacira zellal)	Semaines 3-4	« donne-lui des mots à répéter calmement, félicite la bonne prononciation »	Rythme et coordination verbale Contrôler l'articulation	Fluidité en amélioration. Moins de blocages observés.
Répéter des phrases (nacira zellal)	Semaines 3-4	« tu lui donne une phrase simple, demande de répéter sans pression »	Rythme et coordination verbale Contrôler l'articulation	Fluidité en amélioration. Moins de blocages observés.
Dénommer des images	Semaine 5	« Monter une ou plusieurs images, demande ce que c'est, Félicite la réponse fluide »	Contrôler l'articulation Et améliorer la prosodie.	Taux de sévérité passé de 7 à 3. Apparition de L'auto-correction.
Donné 10 noms d'animaux	Semaine 5	« Demande-lui De nommer plusieurs animaux»	Contrôler l'articulation Et améliorer la prosodie Développement du Discours	Taux de sévérité passé de 7 à 3. Apparition de L'auto-correction.
Donné 10 noms de fruits	Semaine 5	« Demande-lui De nommer plusieurs fruits »	Contrôler l'articulation Et améliorer la prosodie. Développement du Discours	Taux de sévérité passé de 7 à 3. Apparition de L'auto-correction.
Raconter une histoire	Semaine 5	« lui demandé de raconter sa journée ou bien une histoire qu'elle aime »	Contrôler l'articulation Et améliorer la prosodie. Développement du Discours	Taux de sévérité passé de 7 à 3. Apparition de L'auto-correction.
Chanter	Semaine 5	« Demande-lui de te Chanté la plus chanson quelle aime,		Taux de sévérité passé de 7 à 3. Apparition de L'auto-correction.

Tableau 03 : Déroulement du programme lidcombe appliqué à domicile par les parents du 2ème cas.

1-2-2 Présentation de l'échelle de sévérité du bégaiement de T.A avant et pendant l'application du programme lidcombe



1-2-3 Analyse de l'échelle de sévérité du bégaiement de T.A : avant, et pendant l'application du programme Lidcombe

L'évaluation avant l'application du programme Lidcombe a été réalisée en une seule journée, le 12 février 2025, avec un score de 6, indiquant un niveau élevé de bégaiement.

L'application du programme a débuté le 13 février et s'est poursuivie jusqu'au 29 mars 2025, soit une durée totale de 46 jours.

Durant cette période, l'évolution des scores s'est faite de manière progressive :

Du 13 au 18 février : le score reste stable à 6, traduisant une persistance d'un bégaiement sévère en début de prise en charge.

Le 19 février : une première baisse est observée avec un score de 5, amorçant une amélioration vers un niveau modéré.

Du 20 au 24 février : le score se maintient à 5, marquant une stabilisation dans une plage de bégaiement modéré.

Du 25 au 26 février : le score baisse à 3, indiquant une amélioration notable vers un bégaiement léger.

Du 27 février au 6 mars : le score reste stable à 3, confirmant cette dynamique positive.

Du 7 au 18 mars : nouvelle amélioration avec une stabilisation à 2, correspondant à un bégaiement très léger.

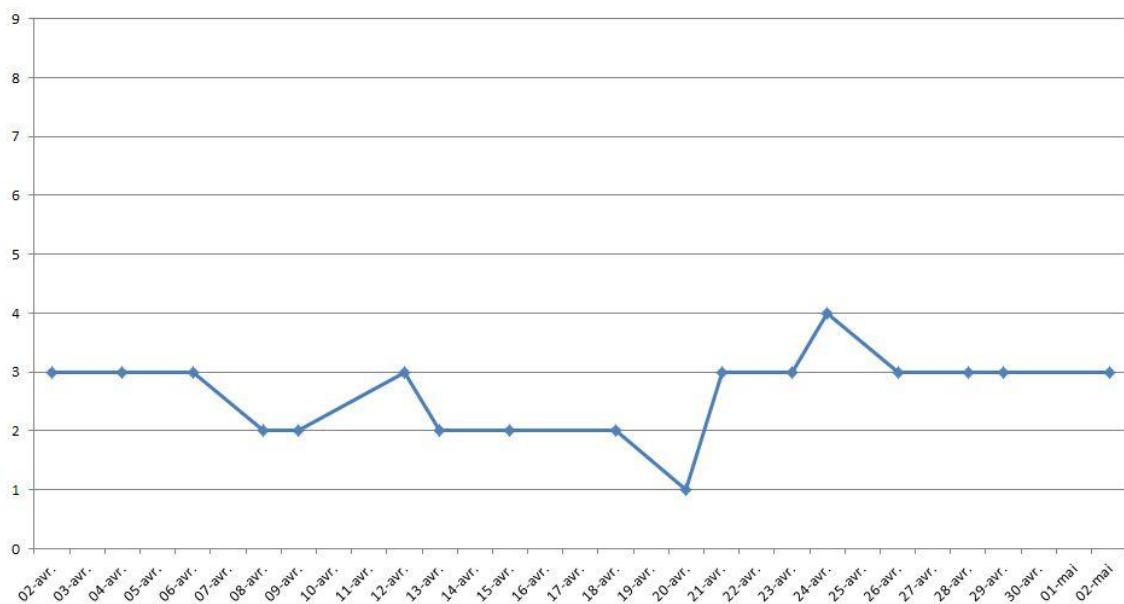
Le 19 mars : le score atteint 1, niveau qui reflète une quasi-fluence.

Du 20 au 21 mars : légère remontée à 2, tout en maintenant un niveau de bonne maîtrise.

Du 22 au 24 mars : variation temporaire à 3, sans retour à un bégaiement important.

Du 25 au 29 mars : le score revient à 2, marquant une bonne stabilité en fin de programme.

1-2-4 Présentation de l'échelle de sévérité du bégaiement de T.A après l'application du programme lidcombe



Echelle de sévérité du bégaiement de T.A après l'application du programme lidcombe

1-2-5 Analyse de l'échelle après l'application du programme Lidcombe : du 02 avril au 02 mai 2022

Cette analyse repose sur les données relevées entre le 2 avril et le 2 mai, soit un total de 31 jour consécutif. Pendant cette période, les parents ont poursuivi l'évaluation quotidienne de la sévérité du bégaiement de l'enfant à l'aide de l'échelle subjective prévue dans le cadre du programme Lidcombe.

Du 2 au 6 avril : les scores restent stables à 3, traduisant une sévérité modérée du bégaiement.

Du 7 au 9 avril : une baisse à 2 est observée, indiquant une amélioration perceptible dans la fluidité verbale.

Les 10 et 11 avril : le score reste à 2, poursuivant cette dynamique positive.

Le 12 avril : le score remonte à 3, traduisant une légère hausse de la sévérité.

Du 13 au 17 avril : une nouvelle baisse à 2 est enregistrée, indiquant un retour à une meilleure stabilité.

Le 20 avril : le score atteint 1, soit le niveau le plus bas observé sur toute la période. Ce jour marque la meilleure performance de l'enfant en termes de fluidité.

Le 21 avril : le score remonte à 3, signalant une fluctuation dans la sévérité.

Les 22 et 23 avril : le score reste à 3, maintenant cette légère recrudescence.

Le 24 avril : un pic à 4 est atteint, indiquant un moment plus difficile, avec une augmentation temporaire du bégaiement.

Le 25 avril : le score redescend à 3, montrant un retour rapide à une sévérité modérée.

Du 26 avril au 2 mai : les scores restent stables à 3, traduisant une période d'équilibre sans variation notable.

1-2-6 Synthèse de 2ème cas (T.A)

Chez T.A, le programme Lidcombe a permis une amélioration notable du bégaiement, passant d'un score initial de 6 à une stabilisation entre 2 et 3 à la fin de la phase active. Après la fin du programme, du 2 avril au 2 mai 2025, les scores se sont maintenus globalement entre 2 et 4, avec de légères variations temporaires, sans retour à des niveaux élevés. Ces résultats traduisent une réduction significative du bégaiement et un maintien global des acquis, malgré quelques fluctuations. L'efficacité du programme, soutenue par l'implication parentale à domicile, a contribué à cette progression positive.

1-3 Présentation du troisième cas : A.S

A, âgé de 6 ans, est un garçon scolarisé en classe préscolaire dans une école privée à Bejaïa. Il consulte en orthophonie pour des blocages répétitifs dans la parole. L'entretien a été réalisé en présence des deux parents. Le père, commerçant, travaille à l'étranger et est souvent absent, tandis que la mère ne travaille pas (profession non précisée). L'enfant est le deuxième d'une fratrie de deux garçons. La grossesse a été marquée par une pathologie maternelle (tumeur du

sein) ayant nécessité une intervention chirurgicale et une médication. L'accouchement s'est déroulé par césarienne, sans complications respiratoires néonatales. Le développement du langage a été légèrement retardé : les premiers mots sont apparus après l'âge d'un an, les premières combinaisons de deux mots vers 2 ans et demi, et les premières phrases à 3 ans. Le climat familial est décrit comme relativement stable, bien que la mère présente un tempérament colérique, criant fréquemment et usant parfois de violence physique à l'égard de l'enfant. Le bégaiement est apparu de manière progressive à l'âge de 3 ans, sans facteur déclencheur clairement identifié. Selon les parents, les symptômes se sont intensifiés avec le temps. L'enfant présente des blocages syllabiques accompagnés d'efforts articulatoires et de répétitions de syllabes, ainsi que des clignements des yeux lors des épisodes de bégaiement. Il est conscient de son trouble et tend à éviter la parole avec les étrangers ; il subit également des moqueries à l'école. Le bégaiement s'aggrave en présence de son frère. Les parents réagissent souvent en le réprimandant verbalement, pensant ainsi l'aider à "faire des efforts". Sur le plan comportemental, A.S est décrit comme tête, autoritaire et très agressif. Aucun suivi orthophonique ou psychologique antérieur n'a été mis en place.

1-3-1 Déroulement du programme lidcombe appliqué à domicile par les parents

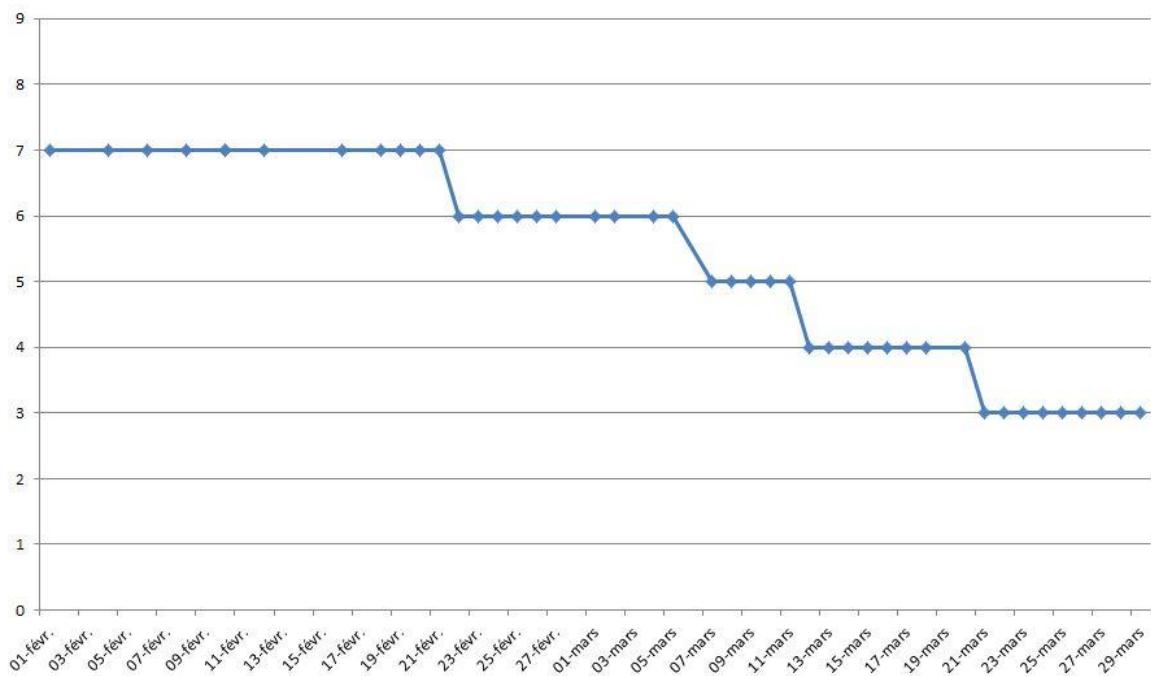
Les parents n'ont pas appliqué le programme seul, mais sous l'accompagnement étroit et structuré de l'orthophoniste.

Les activités	Les semaines	Consignes données Par les parents	Objectif de l'activité	Evolution observée Chez A.S
	Semaines 1-2	Tu demandes à maria : « dis ton nom calmement » + félicitation place ou immédiate	Encourager la Parole simple Et fluide	Bonne implication affective. Réduction progressive Des disfluences.
Donner son adresse	Semaines 1-2	« Demander de dire où il habite » + Encouragement après chaque réussite	Parole en phrases plus longues.	Bonne implication affective. Réduction progressive Des disfluences.
Questions personnelles	Semaines 1-2	« Pose des questions sur ses gouts, l'école, les jouées préférés »	Stimuler le langage Spontané.	Bonne implication affective. Réduction progressive Des disfluences.

Compter	Semaines 3-4	« Compter doucement maria et respire bien » + renforcer la fluidité	Rythme et coordination verbale Contrôler l'articulation	Fluidité en amélioration. Moins de blocages observés.
Répéter des mots (de nacira zellal)	Semaines 3-4	« donne-lui des mots à répéter calmement, félicite la bonne prononciation »	Rythme et coordination verbale Contrôler l'articulation	Fluidité en amélioration. Moins de blocages observés.
Répéter des phrases (nacira zellal)	Semaines 3-4	« tu lui donne une phrase simple, demande de répéter sans pression »	Rythme et coordination verbale Contrôler l'articulation	Fluidité en amélioration. Moins de blocages observés.
Dénommer des images	Semaine 5	« Monter une ou plusieurs images, demande ce que c'est, Félicite la réponse fluide »	Contrôler l'articulation Et améliorer la prosodie.	Taux de sévérité passé de 7 à 3. Apparition de L'auto-correction.
Donné 10 noms d'animaux	Semaine 5	« Demande-lui De nommer plusieurs animaux »	Contrôler l'articulation Et améliorer la prosodie. Développement du Discours	Taux de sévérité passé de 7 à 3. Apparition de L'auto-correction.
Donné 10 noms de fruits	Semaine 5	« Demande-lui De nommer plusieurs fruits »	Contrôler l'articulation Et améliorer la prosodie. Développement du Discours	Taux de sévérité passé de 7 à 3. Apparition de L'auto-correction.
Raconter une histoire	Semaine 5	« lui demandé de raconter sa journée ou bien une histoire qu'elle aime »	Contrôler l'articulation Et améliorer la prosodie. Développement du Discours	Taux de sévérité passé de 7 à 3. Apparition de L'auto-correction
Chanter	Semaine 5	« Demande-lui de te Chanté la plus chanson quelle aime,	Contrôler l'articulation Et améliorer la prosodie. Développement du Discours	Taux de sévérité passé de 7 à 3. Apparition de L'auto-correction.

Tableau 04 : Déroulement du programme lidcombe appliqué à domicile par les parents du 3ème cas

3-2 Présentation de l'échelle de sévérité du bégaiement d'A.S avant et pendant l'application du programme lidcombe



Echelle de sévérité du bégaiement de A.S avant et pendant l'application du programme lidcombe

3.3 Analyse de l'échelle avant et pendant l'application du programme Lidcombe : du 01/02 jusqu'à 29/03/2025

Période : du 01 février au 29 mars 2025

01 février : score 7 → Le bégaiement est sévère. Aucun traitement encore appliqué.

04 février : score 7 → Aucun changement, le trouble persiste de façon constante.

06 février : score 7 → Stabilité de la sévérité, toujours élevée.

08 février : score 7 → Aucune amélioration observée.

10 février : score 7 → Le bégaiement reste stable et sévère.

12 février : score 7 → Aucun effet de variation spontanée, maintien du niveau élevé.

19 février : score 7 → Toujours aucune amélioration, le programme n'a probablement pas encore commencé.

20 février : score 7 → La sévérité reste inchangée.

21 février : score 6 → Première diminution : cela indique probablement le début de l'application du programme Lidcombe.

22 février : score 6 → Maintien de l'amélioration, le score reste légèrement réduit.

23 février : score 6 → Stabilité de cette première amélioration.

25 février : score 6 → Aucun changement, maintien du progrès.

26 février : score 6 → Même score, l'effet du programme semble se maintenir.

27 février : score 6 → Toujours stable, le progrès est consolidé.

01 mars : score 6 → Le niveau reste constant.

02 mars : score 6 → Aucune régression, l'amélioration est toujours présente.

04 mars : score 6 → Pas d'évolution majeure, mais c'est un signe de stabilité bénéfique.

05 mars : score 5 → Nouvelle amélioration significative, le score diminue.

07 mars : score 5 → Le progrès est maintenu, ce qui indique un bon suivi du programme.

08 mars : score 5 → Stabilité à un niveau légèrement moins sévère.

09 mars : score 5 → Maintien du niveau atteint, signe positif.

10 mars : score 5 → Aucune fluctuation, le traitement semble efficace.

11 mars : score 4 → Diminution claire, le bégaiement devient modéré.

12 mars : score 4 → Le progrès est maintenu, très bon signe.

13 mars : score 4 → Aucun retour en arrière, stabilité conservée.

14 mars : score 4 → Bonne constance, résultat satisfaisant.

15 mars : score 4 → Le traitement continue à porter ses fruits.

16 mars : score 4 → Stabilité rassurante dans la progression.

17 mars : score 4 → Aucun signe de régression.

18 mars : score 4 → Maintien total de l'amélioration.

20 mars : score 4 → La sévérité reste contrôlée.

21 mars : score 4 → Toujours aucun changement négatif.

22 mars : score 3 → Nouvelle baisse : niveau modéré-faible atteint.

23 mars : score 3 → Le score reste bas, très bon indicateur.

24 mars : score 3 → Aucune hausse, stabilité confirmée.

25 mars : score 3 → Maintien de cette amélioration importante.

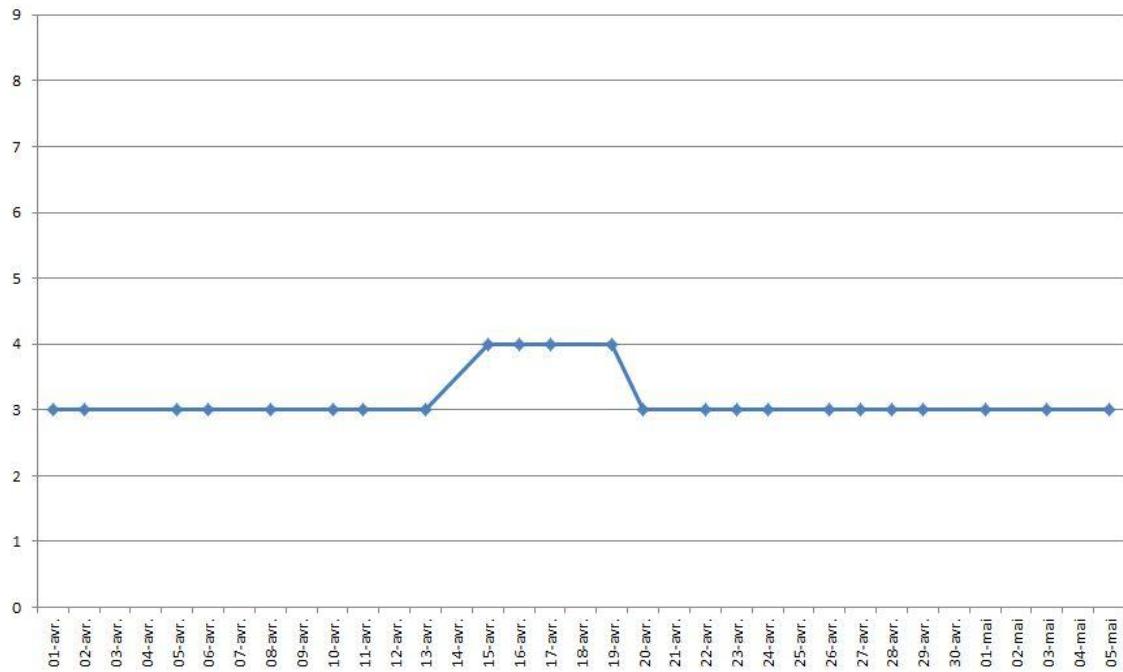
26 mars : score 3 → Le trouble semble bien maîtrisé.

27 mars : score 3 → La baisse est consolidée.

28 mars : score 3 → Aucune rechute constatée.

29 mars : score 3 → Fin de la période avec maintien d'un score faible.

3.4 Présentation de l'échelle de sévérité du bégaiement de A.S après l'application du programme lidcombe



Echelle de sévérité du bégaiement d'après l'application du programme lidcombe de A.S

3.5 Analyse de l'échelle de sévérité du bégaiement du A.S après l'application du programme Lidcombe.

L'analyse du graphique correspondant à la période du 1er avril au 5 mai 2025 montre une évolution globalement stable du niveau de bégaiement chez l'enfant A.S après l'application du programme Lidcombe. On observe une courte période de hausse du score, suivie d'un retour rapide au niveau initial.

Du 1er au 12 avril, le score quotidien reste constant à 3. Ce niveau traduit un bégaiement modéré mais stable, indiquant une certaine constance dans les productions orales de l'enfant après la phase intensive du programme. Il s'agit d'une phase de maintien, sans amélioration notable mais sans aggravation non plus.

Entre le 13 et le 18 avril, une légère augmentation du score est observée, atteignant 4. Cette hausse pourrait s'expliquer par des facteurs contextuels (comme la fatigue, l'anxiété ou des événements environnementaux) ou une baisse temporaire de l'implication parentale dans l'application des exercices à domicile. Toutefois, cette augmentation reste modérée et limitée dans le temps.

À partir du 19 avril jusqu'au 5 mai, le score revient à 3 et se maintient à ce niveau sans nouvelle fluctuation. Ce retour au score initial montre que la situation a été rapidement régulée, ce qui témoigne d'un bon contrôle du bégaiement malgré l'augmentation temporaire.

3-7 Synthèse du 3 ème cas : A.S

Le cas A.S met en évidence une évolution marquante sous l'effet du programme Lidcombe. Avant l'intervention, le bégaiement est sévère et stable (score 7). Dès l'introduction du programme le 21 février, une réduction progressive et continue de la sévérité est observée : le score passe à 6, puis à 5, 4, et atteint 3 fin mars.

Cette amélioration nette et rapide traduit l'efficacité du programme, soutenue par l'implication parentale. Après cette phase intensive, une stabilité à un score modéré (3) est maintenue jusqu'au 5 mai, malgré une brève hausse transitoire (score 4), vite résorbée. Cela montre un bon ancrage des acquis et un contrôle durable du bégaiement.

Le programme Lidcombe a permis une baisse significative, stable et maintenue du bégaiement chez A.S, confirmant sa pertinence même en contexte de mise en œuvre à domicile.

2- Synthèse générale des trois cas (M.A, T.A et A.S)

Les trois cas analysés montrent une amélioration nette et progressive du bégaiement grâce au programme Lidcombe, même en contexte de mise en œuvre à domicile. Avant l'intervention, les enfants présentaient un bégaiement modéré à sévère, avec des scores élevés et stables. Dès l'introduction du programme, une baisse régulière des scores est observée chez tous les enfants, traduisant une réponse positive au traitement.

Malgré quelques fluctuations mineures, la stabilité post-traitement est maintenue, avec un ancrage durable des acquis. L'implication parentale joue un rôle central dans le maintien de ces résultats à long terme, confirmant l'efficacité et la pertinence du programme Lidcombe dans les trois cas étudiés.

3- Discussion des hypothèses

Dans le but de vérifier l'efficacité de la prise en charge orthophonique à travers le programme lidcombe et la diminution des signes cliniques du bégaiement, On a formulé les hypothèses suivantes :

Discussion de la première hypothèse « Le programme Lidcombe permet de réduire significativement la sévérité du bégaiement chez les enfants âgés de 3 à 6 ans ».

Les résultats obtenus dans les trois situations cliniques étudiées montrent une réduction progressive et notable de la sévérité du bégaiement après l'application du programme Lidcombe. L'évolution des scores recueillis à l'aide de l'échelle de sévérité du bégaiement met en évidence une diminution régulière de la fréquence et de l'intensité des disfluences, passant de niveaux modérés ou sévères en phase initiale à des niveaux faibles, voire très faibles, à la fin de la prise en charge. Cette évolution positive s'observe également à travers l'amélioration qualitative de la parole : une meilleure fluidité, une prosodie plus naturelle et une atténuation des comportements secondaires (blocages, tensions, évitements).

Ces constats rejoignent les résultats de plusieurs recherches récentes. Al-Sayed (2021) a montré une réduction significative du bégaiement chez des enfants de 4 à 6 ans suivant le programme Lidcombe, avec un effet durable dans le temps. De plus, Donaghy et al. (2022) confirment que l'application rigoureuse du protocole entraîne une amélioration marquée de la sévérité du bégaiement, observable dès les premières semaines de traitement. De même, une étude récente de Koushik, Shenker et Onslow (2023) met en avant l'efficacité du programme sur une large tranche d'âge préscolaire, à condition que les principes soient respectés de manière structurée et régulière. Enfin, Millard et al. (2021) soulignent que les bénéfices du Lidcombe sont non seulement significatifs à court terme, mais également durables à long terme.

Ainsi, bien que notre étude quasi-expérimentale ne permette pas d'affirmer une relation de causalité stricte, les résultats obtenus valident l'hypothèse 1 et confirment que le programme Lidcombe constitue une méthode de rééducation efficace pour réduire la sévérité du bégaiement chez l'enfant entre 3 et 6 ans.

Discussion de la deuxième hypothèse « L’implication parentale active dans l’application du programme Lidcombe contribue à une amélioration plus rapide et durable de la fluidité verbale »

Dans les trois cas étudiés, l’implication parentale a constitué un élément central du traitement. Les parents, sensibilisés aux principes du programme lidcombe et formés à sa mise en œuvre quotidienne à domicile, ont participé activement en donnant des renforcements positifs et en appliquant les stratégies recommandées par l’orthophoniste. Leur présence régulière aux séances et aux retours hebdomadaires a favorisé une meilleure adaptation des exercices, renforçant la motivation des enfants et soutenant la progression vers une parole plus fluide.

Dans deux des trois situations, l’évolution a été continue et régulière. Dans le troisième cas, quelques fluctuations ont été observées, mais l’engagement parental constant a permis une stabilisation puis une nette amélioration de la fluence verbale.

Ces observations rejoignent plusieurs travaux récents. Donaghy et al. (2022) montrent que l’implication active des parents dans le programme Lidcombe est associée à une amélioration plus rapide de la fluidité. De même, Koushik, Shenker et Onslow (2023) soulignent que la guidance parentale et les renforcements quotidiens constituent un facteur clé de la réussite du traitement. Enfin, Millard et al. (2021) confirment que l’engagement soutenu des parents est un prédicteur essentiel de l’efficacité et de la durabilité des effets du programme.

Ainsi, même si cette étude quasi-expérimentale ne permet pas d’affirmer une causalité stricte, l’ensemble des résultats obtenus appuie l’hypothèse 2 et met en évidence le rôle déterminant de la participation parentale dans l’efficacité et la pérennité du traitement.

Conclusion

Conclusion

Le programme Lidcombe est une méthode comportementale fondée sur le renforcement positif, conçue pour les enfants de 3 à 6 ans. Il repose sur une participation active des parents, qui appliquent les techniques en contexte naturel. Ce protocole vise une amélioration progressive de la fluidité verbale et de la confiance en soi chez l'enfant.

Le programme se déroule en deux phases : une première phase d'application à domicile, assurée quotidiennement par les parents, et une deuxième phase dirigée par l'orthophoniste, qui encadre et ajuste l'intervention au fil du suivi.

Il a été réalisé en deux volets, à raison d'une séance par semaine pendant 28 jours, combinant les exercices à la maison et les temps d'échange avec le professionnel.

Notre objectif est d'étudier l'efficacité du programme lidcombe sur les enfants bégues âgées de 03 à 6ans.

Nous avons eu recours à la méthode expérimentale, les résultats ont révélé une réduction manifeste des signes cliniques du bégaiement chez tous les enfants suivis après l'application du programme Lidcombe. Cette amélioration de la fluidité verbale confirme l'efficacité du programme Lidcombe dans le traitement du bégaiement développemental.

L'implication active des parents, formés avant le début de l'intervention, s'est avérée déterminante dans le succès de la prise en charge. Leur rôle a non seulement permis une mise en œuvre efficace des techniques à domicile, mais a également contribué à la stabilité des progrès observés et à la prévention des rechutes. Ces constats viennent confirmer nos hypothèses de départ : le programme Lidcombe permet une amélioration significative de la parole chez l'enfant bégue, et l'engagement parental constitue un facteur central dans la réussite de l'intervention.

A l'issu de ce travail, il apparaît nécessaire d'envisager des pistes d'élargissement, notamment en augmentant la durée de suivi et en explorant l'adaptation du programme à d'autres tranches d'âges ou à des formes plus sévères de bégaiement.

Enfin, la formation des orthophonistes et l'accompagnement structurés des parents constituent des éléments clés pour garantir l'efficacité durable de cette prise en charge.

Bibliographie

- Albarèt, J.-M., & coll. (2018). Bilan neuropsychologique chez l'enfant. Paris : Dunod.
- Aumont-Boucand, V. (2021). Orthophonie et bégaiement : Pratique clinique. Paris : Elsevier Masson.
- Berthier, N. (2011). La recherche en sciences humaines et sociales. Paris : Armand Colin.
- Borel-Maisonny, J. (2002). Problèmes du langage chez l'enfant. Paris : Masson.
- Büchel, C., Sommer, M., Sundermann, B., & Lütcke, H. (2004). Neural mechanisms in stuttering: a functional MRI study. *Brain*, p. 1339.
- Croq, A., & Daniel, J. (2013). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5). Paris : Masson.
- Croq, A., & Daniel, J. (2013). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5). Paris : Masson. p. 18.
- Croq, A., & Daniel, J. (2013). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5). Paris : Masson. p. 47.
- Estienne-Dejong, F., & Morsomme, D. (2021). Bégaiement de l'enfant et de l'adolescent : repérage et guidance parentale. Bruxelles : De Boeck Supérieur.
- Frédérique, B.-H. A. L. (2004). Dictionnaire d'orthophonie. Paris : Masson.
- Frédérique, B.-H. A. L. (2011). Dictionnaire d'orthophonie. Paris : Masson.
- Gayraud-Andel, M., & Poulat, M.-P. (2011). Développement du langage chez l'enfant. Paris : Masson.
- Guitar, B. (2013). Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment (3rd ed.). Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins. p. 195.
- Guitar, B. (2013). Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment (3rd ed.). Baltimore : Lippincott Williams & Wilkins. p. 196.
- Kang, C., Riazuddin, S., Drayna, D., & Riazuddin, S. (2010). Multifactorial model of stuttering. *Brain and Language*, p. 503.
- Kang, C., Riazuddin, S., Drayna, D., & Riazuddin, S. (2010). Multifactorial model of stuttering. *Brain and Language*, p. 504.
- Kang, C., Riazuddin, S., Drayna, D., & Riazuddin, S. (2010). Multifactorial model of stuttering. *Brain and Language*, p. 505.

- Kang, C., Riazuddin, S., Drayna, D., & Riazuddin, S. (2010). Multifactorial model of stuttering. *Brain and Language*, p. 506.
- Kang, C., Riazuddin, S., Drayna, D., & Riazuddin, S. (2010). Multifactorial model of stuttering. *Brain and Language*, p. 507.
- Kang, C., Riazuddin, S., Drayna, D., & Riazuddin, S. (2010). Multifactorial model of stuttering. *Brain and Language*, p. 508.
- Kang, C., Riazuddin, S., Drayna, D., & Riazuddin, S. (2010). Multifactorial model of stuttering. *Brain and Language*, p. 509.
- Kang, C., Riazuddin, S., Drayna, D., & Riazuddin, S. (2010). Multifactorial model of stuttering. *Brain and Language*, p. 510.
- Monfrais-Pfauwadel, M.-C. (2014). Bégaiement, bégaiements : un manuel clinique et thérapeutique. Paris : Masson. p. 69.
- Monfrais-Pfauwadel, M.-C. (2014). Bégaiement, bégaiements : un manuel clinique et thérapeutique. Paris : Masson. p. 508.
- Monfrais-Pfauwadel, M.-C. (2014). Bégaiement, bégaiements : un manuel clinique et thérapeutique. Paris : Masson. p. 509.
- Oksenberg, M. (2021). La prise en charge orthophonique du bégaiement de 6 à 11 ans. Paris: Dunod.
- Onslow, M., Packman, A., & Harrison, E. (2024). The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention: A Clinician's Guide (2nd ed.). University of Sydney Press. p. 3.
- Onslow, M., Packman, A., & Harrison, E. (2024). The Lidcombe Program... p. 4.
- Onslow, M., Packman, A., & Harrison, E. (2024). The Lidcombe Program... p. 5.
- Onslow, M., Packman, A., & Harrison, E. (2024). The Lidcombe Program... p. 7.
- Onslow, M., Packman, A., & Harrison, E. (2024). The Lidcombe Program... p. 8.
- Onslow, M., Packman, A., & Harrison, E. (2024). The Lidcombe Program... p. 9.
- Onslow, M., Packman, A., & Harrison, E. (2024). The Lidcombe Program... p. 10.
- Onslow, M., Packman, A., & Harrison, E. (2024). The Lidcombe Program... p. 11.
- Onslow, M., Packman, A., & Harrison, E. (2024). The Lidcombe Program... p. 12.

- Onslow, M., Packman, A., & Harrison, E. (2024). The Lidcombe Program... p. 13.
- Onslow, M., Packman, A., & Harrison, E. (2024). The Lidcombe Program... p. 14.
- Onslow, M., Packman, A., & Harrison, E. (2024). The Lidcombe Program... p. 61.
- Onslow, M., Packman, A., & Harrison, E. (2024). The Lidcombe Program... p. 62.
- Onslow, M., Packman, A., & Harrison, E. (2024). The Lidcombe Program... p. 63.
- Onslow, M., Packman, A., & Harrison, E. (2024). The Lidcombe Program... p. 64.
- Organisation mondiale de la santé (2022). Classification internationale des maladies (CIM-11). Genève : OMS.
- Packman, A., Onslow, M., & Harrison, E. (2013). The effectiveness of the Lidcombe Program for early stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, p. 1.
- Packman, A., Onslow, M., & Harrison, E. (2013). The effectiveness of the Lidcombe Program... p. 2.
- Packman, A., Onslow, M., & Harrison, E. (2013). The effectiveness of the Lidcombe Program... p. 3.
- Packman, A., Onslow, M., & Harrison, E. (2013). The effectiveness of the Lidcombe Program... p. 4.
- Packman, A., Onslow, M., & Harrison, E. (2013). The effectiveness of the Lidcombe Program... p. 5.
- Packman, A., Onslow, M., & Harrison, E. (2013). The effectiveness of the Lidcombe Program... p. 6.
- Packman, A., Onslow, M., & Harrison, E. (2013). The effectiveness of the Lidcombe Program... p. 7.
- Packman, A., Onslow, M., & Harrison, E. (2013). The effectiveness of the Lidcombe Program... p. 8.
- Packman, A., Onslow, M., & Harrison, E. (2013). The effectiveness of the Lidcombe Program... p. 9.
- Packman, A., Onslow, M., & Harrison, E. (2013). The effectiveness of the Lidcombe Program... p. 10.

Sales-Wuillemin, É. (2006). Introduction à la psychologie cognitive. Grenoble : Presses Universitaires.

Thibault, C., & Pitrou, M. (2018). Le développement du langage chez l'enfant. Paris : Armand Colin.

Yairi, E., & Seery, C. H. (2015). Stuttering: Foundations and Clinical Applications. Pearson.

<http://apprenonsensemble.com/difficultes-possibles/langage/>

<http://www.nidcd.nih.gov/health/stuttering>

<http://hala.univ-lorraine.fr>

<http://j.b.legal.free.fr>

<http://www.orthophoniste.info>

Annexes

Severity Ratings	Name	Page
SR 0 = no stuttering		
SR 1 = extremely mild stuttering		
SR 9 = extremely severe stuttering		

Résumé

En Algérie, la rééducation orthophonique du bégaiement reste peu structurée autour de programmes validés scientifiquement, ce qui limite l'efficacité de la prise en charge chez l'enfant. Cette réalité soulève un besoin pressant d'outils thérapeutiques adaptés et fondés sur des données probantes. Ce mémoire s'inscrit dans cette perspective, en évaluant les effets du programme Lidcombe, une méthode centrée sur la guidance parentale, reconnue à l'échelle internationale pour son efficacité chez les enfants d'âge préscolaire.

L'objectif principal de ce travail est d'étudier l'impact de ce programme sur la fluidité verbale d'enfants algériens âgés de 4 ans et demi à 6 ans, atteints de bégaiement. Pour ce faire, une étude expérimentale a été menée auprès de trois enfants suivis en orthophonie pendant plusieurs semaines. La prise en charge s'est appuyée sur le protocole Lidcombe enrichi de techniques complémentaires : respiration abdominale, rythme, fluidité verbale, lecture modélisée, et verbalisation différée.

Les résultats obtenus mettent en évidence une réduction significative des comportements de bégaiement, accompagnée d'une amélioration de la fluidité et d'une meilleure implication des parents dans le processus thérapeutique. Ces observations soulignent l'efficacité du programme Lidcombe et ouvrent la voie à une intégration plus large de ce type d'approche dans les pratiques orthophoniques en Algérie.

Summary

In Algeria, speech-language therapy for stuttering is still rarely based on scientifically validated programs, limiting the effectiveness of treatment for children. This highlights a pressing need for evidence-based therapeutic tools tailored to the needs of young clients. This thesis aligns with this perspective by evaluating the effects of the Lidcombe Program, approach centered on parental guidance, internationally recognized for its efficacy in preschool-aged children.

The main objective of this study is to examine the impact of this program on the verbal fluency of Algerian children aged 4.5 to 6 years with developmental stuttering. An experimental study was conducted involving three children who received regular speech therapy over several weeks. The intervention was based on the Lidcombe framework, complemented by targeted techniques such as abdominal breathing, rhythm exercises, verbal fluency training, modeled reading, and delayed speech.

The results showed a clear reduction in stuttering behaviors, a notable improvement in fluency, and greater parental involvement throughout the therapeutic process. These findings support the effectiveness of the Lidcombe Program and suggest its relevance for broader integration into speech-language therapy practices in Algeria.