

## RÉSUMÉ :

*Ces lignes de conduite représentent une déclaration officielle de ASHA\*. Ce sont des directives concernant le traitement du bégaiement, mais ce ne sont pas des normes officielles de l'association. Elles ont été développées par les membres du comité de pilotage de la section spéciale d'ASHA s'intéressant aux troubles du débit de la parole\*\*, présidé par Crystal Cooper (vice-président de l'exercice professionnel) et comprenant : Woody Starkweather, Kenneth St.Louis, Gordon Blood, Theodore Peters, Janice Westbrook, Hugo Gregory, Eugene Cooper, Charles Healey. Lyn Goldberg a soutenu ce travail depuis son poste national\*\*\*.*

\*American Speech-Language-Hearing Association

\*\*Section 4

\*\*\*Le comité de pilotage remercie Diane L. Eger, vice-présidente de la pratique professionnelle de 1991 à 1993

A.S.H.A.  
10801 Rockville Pike  
ROCKVILLE, MD 20852-3279  
U.S.A.

# CONDUITE PRATIQUE DANS LE TRAITEMENT DU BÉGAIEMENT

Traduction de Frédérique BRIN

## SUMMARY : *Guidelines for practice in stuttering treatment.*

*These guidelines are an official statement of the American Speech-Language-Hearing Association\*. They are guidelines for practice in stuttering treatment but are not official standards of the Association. They were developed by members of the Steering Committee of ASHA's Special Interest Division on Fluency and Fluency Disorders\* : C. W. Starkweather, Kenneth St. Louis, Gordon Blood, Theodore Peters, Janice Westbrook, Hugo Gregory, Eugene Cooper, and Charles Healey, under the guidance of Crystal Cooper, Vice President for Professional Practices. Lyn Goldberg provided support form the National Office\*.*

\*A.S.H.A.

\*Division 4

\*The Steering Committee acknowledges the assistance of Diane L. Eger, Vice President for Professional Practices, 1991-1993

## INTRODUCTION

Le document qui suit a été produit par la section spéciale d'ASHA s'intéressant aux troubles du débit de la parole (Section 4). Les adhérents à cette section ont suggéré que ce domaine avait besoin de normes directives dans le traitement du bégaiement. Des sections s'intéressant à d'autres domaines ont des documents similaires, mais le besoin se fait davantage sentir dans le domaine du rythme de la parole et de ses troubles, où la controverse sur les pratiques rééducatives est fréquente. De plus, la section 4 évoluait vers les problèmes de spécialisation, et il devint gênant de chercher à définir le rôle des spécialistes sans définir plus précisément la pratique des non-spécialistes. Au même moment, le document ASHA "Conseils pour une structure des pratiques des orthophonistes"\* fut publié mais contenait uniquement des éléments sur le bilan des troubles du rythme de la parole dans ses grandes lignes. Le manque de précision de ce document, en ce qui concernait les troubles du rythme de la parole, a laissé un vide. Pour ces raisons, le comité de pilotage de la division sur le rythme de la parole demanda à Woody Starkweather de préparer une première version de "lignes de conduite pratique dans le traitement du bégaiement". En même temps, Ken St-Louis préparait un document parallèle sur la terminologie utilisée dans le traitement du bégaiement. En révisant ces documents, le comité de pilotage décida néanmoins que le document sur la terminologie devait apparaître comme un document séparé.

Le comité de pilotage, en corrigeant ces documents, a senti que l'état des connaissances dans divers domaines-clés, l'efficacité du traitement et la mesure du bégaiement en tant que tel, n'étaient pas suffisamment développés pour permettre la mise en place de "normes", même si ces normes étaient la demande expresse des adhérents. Il fut décidé d'offrir un compromis fournissant des "lignes de conduite" ou des "directives", ce qui laissait davantage de liberté.

Le document ainsi obtenu, "lignes de conduite pratique dans le traitement du bégaiement", fut distribué aux adhérents de la section sur le rythme de la parole, les membres du comité exécutif et certaines personnes du bureau national. La réponse fut extrêmement positive. Des 153 réponses obtenues, 60% acceptaient le contenu sans le discuter. Parmi les commentaires, certains étaient très positifs, d'autres cependant critiquaient certains chapitres du document, concernant le coût et la durée du traitement. Ces deux chapitres furent par conséquent réexaminés et rediscutés.

Les commentaires sur le document original recouvraient un certain nombre de thèmes. Un thème regroupait la somme de connaissances utilisées pour déterminer si un but est recherché ou si une pratique est appropriée pour atteindre ce but. Plusieurs demandèrent à ce que des données soient publiées pour soutenir l'argumentation. Mais le comité de pilotage décida qu'il serait trop restrictif de fournir une série de critères pour fixer des directives basées entièrement sur des données empiriques.

Certaines pratiques rééducatives peuvent être utiles même si leur efficacité n'a pas encore été prouvée empiriquement. Le comité de pilotage sentit qu'il serait dangereux de mettre à l'écart certaines pratiques de rééducation utiles, simplement parce qu'il y avait un manque de données soutenant leur utilisation. Le comité estima que l'utilisation d'une pratique par un grand nombre de professionnels est une preuve importante de son efficacité, puisqu'il est improbable qu'ils continueraient à l'utiliser si elle s'avérait inefficace.

Il y a également d'autres raisons pour lesquelles l'utilisation de données publiées peut être contestée; des définitions de termes réduites, une interprétation abusive des résultats, des erreurs, ou même une fausse représentation des résultats. Le critère empirique semble imparfait et les critères non empiriques sans valeur.

Le comité estima qu'une pratique commune et des données publiées devaient être considérées conjointement.

De plus, le comité de pilotage a travaillé dur afin de ne pas prendre position pour une théorie du bégaiement ou une philosophie de rééducation. Dans ces domaines où on délibère toujours, une position spécifique serait inadéquate. Au lieu de cela, ce document est écrit en fonction de ce qui est estimé être consensuel concernant une série d'objectifs et en fonction des procédures utilisées pour les atteindre.

\*ASHA Supplément n°11, mars 1993

## I - LIGNES DE CONDUITE PRATIQUE

### Fréquence et durée des séances :

Il y a une variation importante dans les fréquences et durées des séances, ainsi que dans la durée totale du traitement. Certains programmes intensifs traitent les patients six heures ou plus chaque jour pendant plusieurs semaines. Des cliniciens en libéral peuvent voir des patients une, deux, voire trois fois par semaine sur une durée plus longue. Dans les écoles et les hôpitaux, la fréquence et la durée des séances sont limitées par des emplois du temps surchargés. On peut s'attendre à ce qu'un traitement intensif donne des résultats plus rapidement, mais il nécessite une disponibilité totale du patient, et crée un obstacle supplémentaire au transfert que le clinicien prévoit en planifiant les activités de rééducation. Un traitement non intensif, par contre, dérange moins les activités quotidiennes du patient, mais le changement attendu peut intervenir si lentement que le patient se décourage. Des cliniciens qui voient leurs patients moins souvent peuvent organiser le traitement de façon plus active, ou fournir des activités permettant au patient de rester motivé pour continuer la rééducation.

### Le lieu de rééducation :

Les patients peuvent bénéficier d'une rééducation dans des lieux variés. Certains programmes sont résidentiels, c'est-à-dire que la rééducation a lieu de manière intensive dans un lieu éloigné de la vie quotidienne du patient. D'autres traitent les patients près de leur lieu de vie. Les programmes de rééducation résidentiels ou non proposent des activités afin de transférer les nouveaux comportements aux situations sociales ordinaires de la vie courante. Le transfert peut être possible grâce à des séquences de pratique suivie dans des situations de la vie réelle. Des programmes traitant le patient dans des lieux définis et qui ne proposent pas de pratique surveillée des comportements nouvellement acquis dans des lieux naturels sont en dehors de la ligne de bonne conduite pratique. Il y a des façons différentes d'encadrer le patient :

- 1) l'observation directe, où le clinicien est présent pendant la séance d'entraînement
- 2) des entretiens avec le patient après les séances d'entraînement
- 3) l'écoute avec le patient d'enregistrements sur cassettes audio et/ou vidéo des séances d'entraînement.

Dans tous les cas, l'encadrement doit inclure des possibilités pour le clinicien de discuter de la séance d'entraînement avec le patient, afin d'accroître son analyse, et des occasions de fournir un retour immédiat sur les performances du patient. Écouter des enregistrements sur cassettes audio envoyées par la poste et auxquelles le clinicien répond par courrier ne correspond pas à la ligne de bonne conduite pratique, s'il s'agit de l'unique méthode de transfert utilisée.

On doit cependant admettre que dans certaines circonstances, comme, notamment, lorsqu'un patient vit dans un endroit retiré, il peut être impossible de proposer une rééducation qui suive ces directives. La meilleure pratique dans ces conditions est de s'assurer que le patient et le clinicien sont conscients des limites de la rééducation.

Les durées du traitement individuel sont également très variables. En général, les cliniciens planifient les séances pour qu'elles soient suffisamment longues pour atteindre certains objectifs exposés, mais pas trop longues pour ne pas perdre l'attention du patient fatigué ou las. L'âge du patient et sa capacité à participer sont pris en considération lorsque l'on détermine la durée des séances.

### Durée de la rééducation :

La durée totale de la prise en charge est une variable importante de la pratique clinique. Les cliniciens veulent s'assurer que le traitement est suffisamment long pour observer un changement, mais ils ne veulent pas continuer à proposer un traitement lorsqu'il n'y a plus d'amélioration, ou plus de possibilité d'amélioration. Notre domaine est en cours de recherche concernant les variables qui affectent la durée du traitement, mais nous ne pouvons pas encore dire en toute certitude quelles sont ces variables. Il semble clair qu'un traitement plus intensif donne des résultats plus rapides\*. Il semble également probable, mais ce n'est pas démontré à ce jour, que la complexité du problème d'un patient puisse influencer la durée du traitement. Les gens qui bégaièrent en présentant un comportement particulièrement complexe, ont en principe besoin d'un temps de

\*Prins, 1970

rééducation plus long. Ceux qui ont des troubles cognitifs, ou qui ne peuvent pas assister aux séances facilement, par exemple, auront besoin d'une période plus longue de traitement. Il est également possible, que la présence d'un trouble de l'articulation ou du langage, ou un trouble psychoaffectif coexiste et allonge le temps d'intervention.

Le niveau individuel de motivation et d'implication dans le traitement aura aussi certainement une influence sur la durée du traitement. Il semble clair que l'enfant d'âge scolaire, l'adolescent, et l'adulte qui bégaiement auront besoin d'une prise en charge plus longue que des enfants d'âge préscolaire. En dépit de l'aspect incertain qui subsiste dans ce domaine, les cliniciens tentent de fournir au patient et aux parents une idée de la longueur de la prise en charge, y compris les processus d'automatisation et de suivi.

### **Complexité du traitement**

Le bégaiement est de fait un problème complexe. Il peut se mettre en place simplement, mais il devient généralement et parfois rapidement complexe à cause des réactions, des mécanismes de défense, ou de compensation de la personne qui bégaiement, et des réactions de l'entourage. De plus, chez les enfants plus âgés et les adultes, les difficultés de communication que le bégaiement crée, représentent un obstacle à une vie sociale, éducative et professionnelle qui peut fortement aggraver le problème. Dans certains cas, il peut y avoir des troubles affectifs graves, comme la dépression ou un comportement socialement pathologique. Ces complications créent des difficultés et les cliniciens doivent aider les patients à y faire face au moyen du traitement ou en les adressant vers d'autres spécialistes. La rééducation du bégaiement qui n'inclut pas l'ensemble du problème, aussi complexe soit-il, ne correspond pas à cette directive de bonne pratique.

### **Le coût du traitement**

En tant que professionnels indépendants, les cliniciens travaillant aux Etats-Unis avec les personnes souffrant de bégaiement ont la responsabilité du prix qu'ils demandent. Les gens qui bégaiement demandent parfois de l'aide avec un cruel besoin d'amélioration, et se sentent parfois désespérés. Les cliniciens, en fixant leurs honoraires, ne doivent pas exploiter ces sentiments. De plus, le besoin d'aide du patient peut être accru du fait des déclarations du clinicien assurant implicitement que le traitement est efficace. L'interdiction de publicité du Code Déontologique de ASHA est particulièrement pertinent dans le cas du traitement du bégaiement. Lorsque des cliniciens font des déclarations publiques sur leurs propres programmes de rééducation, ils doivent être prudents quant à leur efficacité. La directive de bonne conduite pratique serait bafouée si un clinicien faisait une déclaration publique assurant qu'une technique nouvelle peut résoudre les problèmes de toutes les personnes qui bégaiement, puis demande des honoraires excessifs par rapport à ce qui se pratique dans la profession.

Le lieu d'exercice peut également être un facteur déterminant le coût de la rééducation. La prise en charge au sein des écoles est gratuite (ou, du moins, elle est indirectement réglée), et le traitement proposé dans les hôpitaux doit suivre les directives instaurées par les hôpitaux. Dans certains lieux, ou dans certaines circonstances, il peut y avoir une limite inhérente à la qualité des soins prodigués, et cela implique alors la possibilité d'honoraires réduits par rapport au taux moyen. Par exemple, certains centres de formation, estiment que la qualité des prises en charge qu'ils proposent est compromise par le fait qu'ils doivent répondre à une demande de formation. Un service qui estime que sa mission de formation amoindrit la prise en charge, peut décider de réduire ses honoraires.

De façon générale, la quantité de temps qu'un thérapeute passe en face à face avec son patient, est l'élément principal déterminant la valeur du traitement. Un contact téléphonique, des enregistrements audio, un contact par lettre ou par courrier électronique ont également un coût, bien que peu de cliniciens fassent payer ces services. La valeur du traitement pour les personnes qui bégaiement consiste d'une part en la nature du soutien de la relation patient/clinicien et, d'autre part, en la capacité du clinicien à entendre et voir le comportement du patient et enfin, à y répondre d'une façon qui aide le patient à apprendre à parler plus efficacement.

## **II - QUALITÉS DES CLINIENS TRAVAILLANT AVEC DES PERSONNES QUI BÉGAIENT :**

Il est souhaitable que les cliniciens disposent de certaines aptitudes et qualités personnelles, ainsi qu'une certaine somme d'informations. La liste qui suit est une version élargie de la liste des "compétences personnelles du clinicien" établie par le groupe sur le rythme de la parole de l'Association pour la Parole et l'Audition du Texas.

### **Aptitudes personnelles du praticien :**

- 1- est intéressé et impliqué dans le traitement des personnes présentant des troubles du rythme de la parole.
- 2- souhaite développer autant de connaissances et de savoir-faire possibles en ce qui concerne le diagnostic et la prise en charge du bégaiement et se tient informé des derniers développements.
- 3- est prêt à adresser les patients à d'autres spécialistes si nécessaire.
- 4- souhaite jouer un rôle actif dans la profession afin de connaître les services disponibles à la fois au niveau local et national pour les personnes qui bégaient.
- 5- possède de bonnes qualités de résolution de problèmes et les utilise lorsque les choses ne suivent pas le cours normal suivant l'évaluation et le traitement.
- 6- est souple dans sa façon de penser et de planifier.

### **Aptitudes à développer :**

- 7- a une bonne connaissance de la littérature relative à l'étiologie et à l'installation du bégaiement.
  - 8- a un niveau adéquat de connaissances concernant la phénoménologie du bégaiement, surtout de tous les phénomènes pouvant influencer la pratique thérapeutique, comme les variations épisodiques, l'intention paradoxale, l'adaptation et la régularité, l'amélioration spontanée, l'amélioration du rythme de la parole, les facteurs favorisant.
  - 9- a une connaissance générale de la littérature concernant le rythme normal et dépendant du langage, le débit, la prosodie, l'effort, et le développement de ces caractéristiques de la parole, et sait actualiser ses connaissances par la littérature spécialisée au fur et à mesure que des nouvelles recherches viennent la compléter.
  - 10- a une vue suffisamment précise du bégaiement pour fournir une guidance dans la planification de la prise en charge, tout en restant large et suffisamment ouverte pour s'adapter à des perspectives théoriques et des recherches récentes.
  - 11- possède une connaissance et une appréciation des relations possibles entre le comportement verbal normal ou anormal d'une personne d'un côté, et ses croyances, éducation, et milieu culturel de l'autre.
  - 12- possède une connaissance et une appréciation des processus de base de l'interaction clinique, comme le transfert, le rejet, la colère, la culpabilité.
  - 13- peut exprimer des idées pertinentes à propos du bégaiement aux patients et à leurs parents.
  - 14- a une connaissance générale de la psychopathologie.
  - 15- a une connaissance générale des théories cognitives et comportementalistes de l'apprentissage.
- De plus, le spécialiste des troubles du rythme de la parole doit correspondre aux critères dont la liste figure ci-dessous :

## **III - DIRECTIVES PARTICULIÈRES À LA PRATIQUE : OBJECTIFS, PROCÉDURES, ET COMPÉTENCES**

Ce chapitre contient trois parties. Tout d'abord, une liste d'objectifs, adaptés au traitement des troubles du rythme de la parole. Le critère pour choisir les objectifs est qu'ils soient acceptables et souhaitables pour les orthophonistes cherchant à travailler avec des personnes présentant des troubles du rythme de la parole. Ces objectifs évoluent suivant la nature du trouble du rythme de la parole. La réponse obtenue à cette directive montre qu'il y a peu de désaccord avec les objectifs fixés dans ce document, et qu'à la suggestion d'y ajouter des objectifs supplémentaires, il n'y eut aucun commentaire sur la validité des objectifs mentionnés.

La philosophie de la prise en charge du clinicien va bien sûr jouer un grand rôle dans

la détermination des objectifs considérés comme les plus importants. Cette liste est conçue pour représenter tous les objectifs considérés comme adéquats par toutes les philosophies de prise en charge actuellement en cours chez les orthophonistes traitant des patients souffrant de bégaiement. L'ordre dans lequel les objectifs sont mentionnés ne reflète pas un ordre d'importance, selon les auteurs de ce document.

Il est reconnu que certains objectifs peuvent être souhaitables pour certains patients mais sont néanmoins au-delà du domaine de compétence pratique de la plupart des orthophonistes, par exemple les objectifs psychothérapeutiques non liés au trouble du rythme de la parole, ou des difficultés parentales non liées à la parole de l'enfant.

La seconde partie propose une liste des procédés utiles pour atteindre ces objectifs. La présence de ces procédés dans cette liste ne les recommande en aucun cas aux praticiens. Certains cliniciens vont se fier exclusivement à l'utilisation de certains procédés, d'autres vont les associer à beaucoup d'autres procédés. Cette liste tente de regrouper les procédés qui sont couramment utilisés par les orthophonistes qui traitent le bégaiement.

Les critères de sélection de ces procédés combinent la connaissance empirique, la théorie, et la pratique courante. Par exemple, s'il est souhaitable de réduire la fréquence d'apparition des comportements de bégaiement, alors nous pouvons considérer les procédés qui ont pu empiriquement réduire les comportements de bégaiement de façon stable, comme par exemple ralentir le débit de parole chez les parents de jeunes enfants qui bégaiement, ou nous pourrions considérer de façon plus théorique les procédés qui ont pu réduire la fréquence du comportement de façon générale. Dans certains cas, soit le support est empirique, soit le support théorique est faible, et nous avons tenté de le signaler.

La troisième partie identifie les compétences - savoirs et savoir-faire - que les cliniciens peuvent utiliser pour engager les procédés décrits dans la deuxième partie. Les critères de sélection pour cette liste de compétences sont très logiques. Si la modification des structures cognitives, celles qui rendent difficile pour les patients de penser leur parole de façon productive, est un objectif à atteindre, alors la restructuration cognitive est un procédé utile et une compétence dans cette technique sera utile aux cliniciens. Certains cliniciens peuvent ne pas avoir cette compétence.

## 1 - BILAN

### A - OBJECTIFS

#### **Objectif 1 :**

Obtenir un échantillon de la parole du patient aussi représentatif que possible dans sa vie quotidienne.

#### **Objectif 2 :**

Obtenir un échantillon de la parole du patient dans des circonstances constantes d'un patient à l'autre.

#### **Objectif 3 :**

Posséder une description quantitative et qualitative, grâce aux échantillons de parole et aux observations des comportements normaux ou non du rythme de la parole du patient, liée si possible à la physiologie de la phonation, et qui peut être communiquée à tout autre professionnel.

#### **Objectif 4 :**

Obtenir des renseignements sur les variables affectant le rythme de la parole du patient et en tenir compte dans la planification de la prise en charge.

#### **Objectif 5 :**

Obtenir des renseignements sur le développement social, physique, du comportement et de la parole de la personne, y compris des renseignements sur les variables qui peuvent être liées à l'origine du trouble ou son installation, et en tenir compte dans la planification de la prise en charge.

#### **Objectif 6 :**

Obtenir des renseignements sur les variables pouvant influencer le résultat clinique et/ou le pronostic du traitement et en tenir compte dans la planification de la prise en charge.

**Objectif 7 :**

Obtenir des renseignements sur tout autre difficulté de communication ou l'existence de troubles pouvant être liés ou non au trouble du rythme de la parole.

**Objectif 8 :**

Posséder des descriptions de résultats de bilans qui peuvent être communiquées à d'autres professionnels ou à des profanes.

**B - PROCÉDÉS POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DU BILAN :****Procédés n°1 pour obtenir un échantillon représentatif :**

- observer et enregistrer la parole du patient pendant un entretien avec le clinicien à propos du problème de bégaiement du patient.
- observer et enregistrer subrepticement le patient qui parle à un ami ou un parent dans la salle d'attente avant une séance.
- observer et enregistrer un enfant qui joue avec ses parents après avoir indiqué aux parents de jouer avec l'enfant comme ils le feraient normalement (séance de jeu familial).
- enregistrements faits par le patient de conversations faisant partie de ses activités quotidiennes à la maison, au travail, ou autre.

**Procédés n°2 pour obtenir un échantillon dans un environnement constant :**

- observer et enregistrer la parole du patient décrivant une image stimulus normalisée.
- observer et enregistrer la parole du patient qui lit un passage normalisé à haute voix.
- observer et enregistrer la parole du patient qui joue à un "jeu d'écran" avec le clinicien ou toute autre personne (dans le "jeu d'écran", le patient et une autre personne sont assis de part et d'autre d'un écran posé verticalement sur une table afin que les deux personnes ne puissent se voir. Le patient doit donner des indications à l'autre personne pour qu'elle assemble par exemple un puzzle, un jouet ou autre.)
- observer et enregistrer la parole du patient au cours d'un entretien dirigé, dans lequel le clinicien pose les mêmes questions en se référant à un formulaire écrit.
- observer et enregistrer la parole du patient qui effectue une tâche spécifique, comme la description d'un métier ou de son activité favorite ou une matière à l'école.

**Procédés n°3 pour la description quantitative et qualitative du niveau du débit d'expression du patient :**

- utiliser un des tests du rythme de la parole publiés et disponibles, ou de sévérité du bégaiement, des attitudes envers le bégaiement et la parole, de l'efficacité de la parole, des angoisses liées à la situation et des stratégies d'évitement.
- utiliser un des protocoles systématiques pour codifier le ou les échantillons de parole afin de refléter les spécificités et l'étendue du trouble et la présence et le type de comportements secondaires.
- transcrire un échantillon de la parole mot à mot afin de refléter fidèlement tous les comportements de parole fluide ou non.
- identifier et compter la fréquence des comportements de bégaiement primaire et secondaire.
- mesurer la durée des éléments continus et discontinus de la parole.
- mesurer le débit de parole (syllabes par seconde y compris les pauses) et le débit d'articulation (syllabes par seconde sans les pauses).
- observer et enregistrer les mesures des comportements et / ou de la physiologie des comportements oro-laryngo-respiratoires afin de pouvoir relier les comportements identifiés du bégaiement à ce qui se passe dans l'appareil vocal et évaluer les capacités d'une expression verbale fluide.
- décrire qualitativement tout aspect non mesurable de la fluidité verbale, comme le niveau apparent de tension musculaire, la réaction émotionnelle à la parole ou aux comportements de bégaiement, les stratégies de compensation, les aspects non verbaux du comportement de bégaiement, ou toute anomalie de l'interaction sociale comme un contact visuel pauvre, un tonus musculaire généralement faible, une posture corporelle inadéquate.

#### **Procédés n°4 pour évaluer les variables qui affectent la fluidité verbale :**

- développer et tester systématiquement les hypothèses des variables affectant le niveau de fluidité, par exemple, parler lentement à un enfant qui bégaye afin de voir si une amélioration mesurable du rythme de la parole peut être observée.

- s'entretenir avec le patient ou ses parents sur les circonstances sociales, les mots, les interlocuteurs, les types de phrases, les sons, qui améliorent ou détériorent la fluidité verbale.

- visionner ou écouter des cassettes vidéo/audio des interactions parent/enfant avec les parents d'un enfant qui présente un trouble potentiel ou installé du rythme de la parole.

- conduire une série de procédures de traitement d'essai, comme le "delayed auditory feedback"\* (stimulus auditif rétroactif retardé), le chuchotement, la modification du débit de parole.

\*D.A.F.

#### **Procédés n°5 pour obtenir et utiliser l'histoire personnelle du développement :**

- créer des questionnaires ou tout autre support écrit (par exemple une autobiographie de la fluidité verbale) conçu pour obtenir des renseignements utiles et pertinents.

- interroger le patient, ses parents, ou d'autres pour déterminer les grandes étapes du développement du contrôle moteur, du comportement socio-affectif, de la parole, du langage, et du niveau cognitif.

#### **Procédés n°6 pour obtenir et utiliser des renseignements sur le pronostic et des renseignements qui pourront optimiser la planification du traitement :**

- administrer ou lire des rapports d'autres personnes qui ont administré des tests formels de l'intelligence, des attitudes, de la motivation, de la compréhension, de la capacité à prendre des décisions, ou tout autre indicateur pronostique.

- des tests informels et des observations sur l'intelligence, les attitudes de la motivation, la compréhension, la capacité à prendre des décisions, ou tout autre indicateur pronostique.

#### **Procédés n°7 pour obtenir et utiliser des renseignements sur les problèmes annexes :**

- administrer ou lire des rapports d'autres personnes qui ont administré des tests formels de langage, de voix, d'articulation, des fonctions psychoaffectives, des troubles de l'apprentissage, du niveau cognitif, ou des déficits visuels ou auditifs et utiliser ces informations pour planifier le traitement et fournir des indications pronostiques.

- procéder à des observations informelles de ce qui précède et utiliser aussi ces informations pour planifier le traitement et fournir des indications pronostiques.

#### **Procédés n°8 pour communiquer les résultats du bilan :**

- écrire des comptes rendus des procédés de bilan destinés à être lus par des médecins, des psychologues, et d'autres professionnels que les orthophonistes.

- écrire des comptes rendus détaillés des procédés de bilan conçus pour être lus par des cliniciens s'occupant du patient au présent et au futur.

- rendre compte des résultats du bilan de façon formelle ou informelle au patient et/ou aux parents du patient.

#### **C - COMPÉTENCES\* DU CLINICIEN EN CE QUI CONCERNE LE BILAN**

- peut faire la différence entre un rythme de parole normalement irrégulier chez un enfant, un trouble de la fluidité lié au langage, la parole d'un enfant à risque, et la parole d'un enfant qui a déjà commencé à bégayer.

- peut faire la différence entre le trouble du bredouillement et le bégaiement, et comprend la relation potentielle entre les deux.

- peut faire le lien entre les résultats aux tests de langage, articulation, voix, et tests de l'audition et l'installation du bégaiement.

- peut faire l'anamnèse complète en interrogeant un patient adulte ou les parents d'un enfant.

- sait obtenir des échantillons pertinents de la parole et les évaluer pour déterminer la sévérité du bégaiement à la fois par des impressions subjectives et, formellement, en cal-

\*Cette liste de compétences est une version corrigée et complétée de la liste préparée à l'origine par le groupe sur le rythme de la parole de l'Association pour la Parole et l'Audition du Texas.



culant des mesures pertinentes comme la fréquence et la durée des dysfonctionnements, et le débit de parole.

- est familiarisé avec les tests de diagnostic courants pour le bégaiement, servant à mettre en évidence les aspects formels de la communication du patient (caractéristiques secondaires, stratégies d'évitement, attitudes, etc.) qui peuvent ne pas être directement observables.

- peut identifier et mesurer si possible, les variables de l'environnement (c'est-à-dire les aspects comme la pression temporelle, les réactions affectives, les interruptions, les comportements non-verbaux ou la façon de parler des personnes importantes de l'entourage) qui peuvent être liées au début, à l'installation et la pérennité du bégaiement et aux fluctuations dans la gravité du bégaiement.

- peut identifier les types de dysfonctionnement (prolongations, répétitions, etc.) et, de plus, peut décrire qualitativement la fluidité de parole d'une personne.

- peut lier le bégaiement, si possible, au comportement vocal qui le produit (par exemple, reconnaître les indices acoustiques subtils qui signalent un forçage vocal).

- peut, en accord avec le patient ou ses parents, construire un programme de rééducation, basé sur les résultats d'une évaluation complète du développement affectif et comportemental et sur l'histoire passée du traitement, qui corresponde aux besoins uniques du patient.

- peut mettre en oeuvre des programmes prédéterminés de façon diagnostique afin que des décisions concernant l'ajout ou la répétition de parties du programme ne reflètent que les besoins du patient et son (ses) trouble(s).

- peut expliquer clairement aux patients ou à leurs parents les modalités de la rééducation, y compris les différents types de rééducation de la parole, la médication, les appareils, les groupes, et autres formes de traitement possibles, pourquoi ils peuvent être ou ne pas être utiles dans des cas particuliers, et quels sont les résultats à attendre de chacune, en se basant sur les publications disponibles.

## 2. PRISE EN CHARGE

A - OBJECTIFS DÉSIRÉS DANS LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU RYTHME DE LA PAROLE :

### Objectif n°1 de la prise en charge :

Réduire la fréquence d'occurrence des comportements de bégaiement sans accroître l'utilisation d'autres comportements qui ne font pas partie de la production normale de la parole.

### Objectif n°2 de la prise en charge :

Réduire la sévérité, la durée, et l'aspect anormal des comportements de bégaiement jusqu'à ce qu'ils soient ou ressemblent à des interruptions normales de la continuité de la parole.

### Objectif n°3 de la prise en charge :

Réduire le recours à des comportements de défense (qui sont des comportements utilisés pour éviter, prévenir, échapper à, ou réduire des événements déplaisants, réels ou imaginaires)\*. D'une catégorie plus étendue que les stratégies d'évitement, les comportements de défense incluent également les comportements contre le bégaiement, comme essayer de forcer l'émission d'un son ou d'un mot, prononcer une phrase très vite pour "dépasser" le bégaiement.

Remarquons que lorsque les patients utilisent des stratégies d'évitement avec succès (parce que celles-ci évitent les bégayages), il semble qu'ils ont progressé vers l'objectif n°1 de la prise en charge, alors qu'en fait, ils auront intégré des comportements additionnels et anormaux. Par exemple, des patients qui sont capables de choisir leurs mots afin de ne pas avoir à prononcer un mot qu'ils vont bégayer, auront une fréquence diminuée des bégayages, mais ils auront aussi une fréquence augmentée des comportements cognitifs impliqués dans la recherche et la mémorisation de mots de substitution.

### Objectif n°4 de la prise en charge :

Éliminer ou réduire les procédés servant à créer, exacerber, ou maintenir des comportements de bégaiement.

Cela peut entraîner la modification du comportement des parents vis-à-vis de leur

\*Bandura, 1969

enfant bègue, afin de réduire les réactions mal adaptées face aux bégayages de l'enfant et, d'une façon plus globale, à l'ensemble du syndrome Bégaiement. Chez les adultes cela peut être d'enseigner au patient comment modifier le comportement de son ou ses interlocuteurs. Il peut parfois y avoir un renforcement du bégaiement, comme des excuses pour l'insuccès ou obtenir de l'attention qui n'est pas fournie autrement. Dans d'autres cas, la négation du problème peut empêcher l'adulte de percevoir la façon dont le bégaiement affecte sa vie.

#### **Objectif n°5 de la prise en charge :**

Aider la personne qui bégaiement à prendre des décisions rééducatives (c'est-à-dire d'adaptation) pour déterminer comment faire face à des situations de la vie quotidienne où l'on rencontre des gens et où il faut parler.

Cela comprend le fait d'aider par exemple le patient à apprendre à répondre à des gens qui tentent de parler à sa place, ou aider le patient à apprendre à ne pas utiliser des comportements qui évitent, plutôt que de se confronter à des situations sociales spécifiques comme de téléphoner, commander un repas au restaurant, ou aider le patient à comprendre que changer les mots lui enlève de son amour-propre. Cela implique également le fait d'enseigner au patient à influencer poliment le comportement de l'interlocuteur afin que la fluidité verbale du patient puisse être améliorée.

#### **Objectif n°6 de la prise en charge :**

Augmenter la fréquence des activités sociales et des occasions de parler.

Les patients qui sont réticents parce qu'ils ont adopté cette stratégie pour faire face au bégaiement doivent être aidés pour retrouver un nombre normal de situations où ils doivent parler.

#### **Objectif n°7 de la prise en charge :**

Réduire les attitudes, croyances et les façons de penser qui entravent le flux normal de la parole ou empêchent d'atteindre certains objectifs du traitement.

Chez certains adultes, cela peut comprendre le fait de modifier leur attitude envers des comportements très brefs de bégayages afin d'empêcher le bégaiement de se réinstaller ultérieurement.

De même, certaines attitudes envers une parole fluide ou non, ou des croyances envers ces attitudes, peuvent entretenir des comportements de bégaiement comme par exemple, l'élocution du perfectionniste, le rejet de toute interruption du flux de parole, la rigidité du comportement dans la parole.

Certains patients peuvent avoir des attitudes envers eux-mêmes qui exacerbent ou maintiennent des comportements de bégaiement, comme par exemple, une faible estime d'eux-mêmes, un manque de confiance en eux ou des sentiments d'inutilité.

#### **Objectif n°8 de la prise en charge :**

Réduire les réactions affectives à des stimuli spécifiques lorsque ceux-ci ont un impact négatif sur le bégaiement ou sur des tentatives de modifications du comportement de bégaiement.

Par exemple, l'angoisse face à certaines situations, une frayeur de certains mots, une sensation d'intimidation par certaines catégories d'interlocuteurs, une sensation d'incapacité ou d'angoisse face à certaines tâches impliquant l'acte de parler, comme répondre au téléphone ou poser des questions en classe, ou une angoisse de l'embarras causé par le fait de bégayer en public. On ne doit pas confondre cela avec des comportements de défense, qui sont une manifestation de réaction à ces angoisses. A la fois la réduction de l'angoisse et la réduction des comportements de défense peuvent être adaptées.

#### **Objectif n°9 de la prise en charge :**

Si nécessaire, rechercher des combinaisons utiles de séquences de traitement, y compris adresser le patient à d'autres professionnels, pour des problèmes autres que le bégaiement qui peuvent accompagner le trouble comme le bredouillement, un trouble de l'apprentissage, des troubles phonologiques ou du langage, des troubles de la voix, des problèmes psycho-affectifs.

### **Objectif n°10 de la prise en charge :**

Informers et guider les patients, parents, ou autre personne clé de l'entourage sur la nature du bégaiement, la fluidité verbale normale ou anormale, la rééducation et le pronostic de guérison. De plus, aider les patients et les parents à comprendre la nature des rééducations passées et la possibilité et l'utilité d'autres moyens, y compris d'autres formes de traitement, appareils, et groupes d'entraide.

### **B - PROCÉDÉS MIS EN OEUVRE POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE**

Le but de ce document n'est pas d'affirmer que tous les moyens doivent être utilisés pour tous les patients. Un procédé utilisé pour réduire l'excitation ne sera utile qu'à un patient dont la fluidité verbale est entravée par l'excitation. Pour chaque patient, les cliniciens choisissent une série d'objectifs appropriés, basée sur une évaluation fouillée du patient. Une fois que les objectifs correspondant au patient ont été déterminés, on procède à une sélection des procédés à utiliser pour les atteindre. A certains moments de la rééducation, les objectifs et les procédés doivent être réévalués, et après le traitement, il est souhaitable également de revoir la sélection de ces objectifs et procédés et de les évaluer en fonction du résultat du traitement.

Il faut remarquer qu'un procédé n'est pas la même chose qu'une technique. Il peut y avoir diverses techniques engagées dans un procédé particulier. Par exemple, un procédé mentionné plus bas est "identifier les facteurs favorisant le bégaiement". Un clinicien peut travailler sur ce procédé en discutant avec ses patients et en leur demandant ce qui se passe après qu'ils aient bégayé, ou bien passer du temps avec ses patients et les observer dans des situations de la vie réelle, ou interroger des gens qui connaissent bien le patient, comme les parents, frères et soeurs, ou conjoint. Chacune de ces techniques peut résulter en une identification des facteurs favorisant qui sont liés aux comportements de bégaiement ;

Remarquez qu'adresser le patient pour une consultation complémentaire peut être un procédé utilisé pour atteindre les objectifs.

### **Procédés utilisés pour réduire la fréquence des comportements de bégaiement**

(objectif n°1 de la prise en charge) :

#### **- Approche directe de la fluidité :**

a- mouvements de débit de parole ralenti :

\* enseigné classiquement par étapes (par exemple, stade 1, stade 2, et débit normal-ralenti, parler relax)

b- attaque aisée du voisement :

\* inspiration lente

\* voix douce augmentant d'intensité avant de produire une voyelle

\* pratique visant à écourter le temps utilisé pour démarrer le voisement

c- liaisons ou voisement continu

d- contacts articulatoires légers

e- mouvements de parole lents et doux

f- utilisation de la rétroaction assistée par ordinateur pour entraîner les patients à la fluidité verbale en produisant des mouvements de la parole coordonnés.

#### **- Approche de la rééducation du contrôle vocal :**

a- améliorer le timbre de la parole, le support respiratoire, la résonance, une voix efficace et détendue, une intensité appropriée.

b- accompagner généralement par une désensibilisation systématique

#### **- Prise en charge des contingences :**

a- associer un renforcement de la parole fluide à une "punition" légère des comportements de bégaiement.

b- un modelage successif vers la fluidité verbale.

c- pratiquer des séquences échelonnées à partir de moments où la fluidité verbale est la plus facile à atteindre jusqu'à la fluidité verbale plus difficile à atteindre, par exemple en augmentant graduellement la longueur et la complexité de l'énoncé, ou par une hiérarchisation des situations sociales difficiles.

d- l'utilisation d'une aide à la fluidité, en cabinet, ou d'un appareil portable, peut représenter un moyen utile pour mettre en place un premier comportement approprié.

e- l'utilisation d'appareils assistés par ordinateur pour assurer une rétroaction rapide et efficace.

f- un renforcement systématique de la parole plus normale.

**- Réduction de l'anxiété liée à l'expression orale :**

a- désensibilisation systématique face à des situations sociales

b- désensibilisation au fait de bégayer (confrontation)

c- pseudo-bégaiement (bégaiement faussé ou volontaire)

d- avec les enfants, grâce aux conseils prodigués aux parents, réduction ou élimination d'autant d'événements anxiogènes que possible.

**- Réduction de l'excitation associée à la parole :**

- avec les enfants, grâce aux conseils prodigués aux parents, réduction ou élimination d'autant d'événements excitants qu'il semble praticable et raisonnable.

- **En prévention**, entraîner les parents à parler moins vite mais avec une intonation, une accentuation normale et les entraîner à parler moins souvent, avec un langage plus simple, à interrompre moins, et à poser moins de questions qui demandent des réponses longues et complexes.

**Procédés utilisés pour réduire la gravité, l'anormalité, ou la durée des comportements de bégaiement** (objectif n°2 de la prise en charge) :

**- Modeler le dysfonctionnement :**

a- aider le patient à apprendre de nouvelles façons de ne pas avoir une parole fluide, de façon plus naturelle.

b- éliminer, par l'obtention d'un modèle et la pratique, un comportement à chaque fois jusqu'à ce que les dysfonctionnements deviennent normaux.

**- Réduire la tension musculaire :**

a- réduire la tension musculaire orale et vocale pendant la parole ;

\* débit de parole ralenti et contrôle du débit.

\* encouragement direct à réduire la tension musculaire de parties spécifiques de l'appareil vocal.

\* adresser le patient pour une médication possible en vue d'atteindre la relaxation musculaire.

\* modification de l'attitude au moyen de techniques décrites ci-dessous.

**- Rééducation réparatrice :**

a- enseigner au patient les différents types de sons et comment ils sont prononcés normalement.

b- enseigner au patient les types de comportements de bégaiement utilisés par le patient.

c- enseigner au patient les types de rééducation - façons de changer un type de production de bégaiement en une production normale.

d- pratiquer la rééducation dans divers endroits.

e- travailler sur un son ou une catégorie de sons à la fois.

**- Séquence de modification du bégaiement ;**

a- modification après le blocage ou annulation

b- modification en cours de blocage ou extraction

c- modification avant le blocage ou préparation

**- Techniques de contre-conditionnement**

a- associer le bégaiement avec des événements agréables, par exemple un "encouragement" au bégaiement par le jeu.

b- bégaiement volontaire

**- Techniques de confrontation (non évitement)**

a- discuter avec le patient des comportements spécifiques, des circonstances dans lesquelles ils apparaissent, et des variables qui peuvent les influencer.

b- Visionner avec les patients des cassettes vidéo ou audio d'eux-mêmes lorsqu'ils

parlent et discuter des comportements spécifiques et des réactions.

**Procédés utilisés pour réduire les comportements de défense** (objectif n°3 de la prise en charge) :

- Eliminer les réactions de défense :

a- pour les comportements secondaires (évitement) :

\* instructions directes pour arrêter ce comportement secondaire, accompagnées d'une alternative au comportement de bégaiement, par exemple des modifications de type extraction (en cours de blocage), ou un débit ralenti, ou une vocalisation suivie.

\* punitions (faire une pause, ou tout autre moyen doux uniquement), accompagnées d'une alternative au comportement de bégaiement

b- pour les comportements primaires (échappement), c'est-à-dire, une expression bloquée et non fluide :

\* séquences de modification du bégaiement après, avant et durant le blocage.

\* mettre en place un bégaiement qui est aisé et sans blocage, puis encourager le patient à une expression non fluide mais non bloquée.

\* suggestions directes, accompagnées de rappels et de pense-bêtes.

\* discussions à propos de la structure du blocage chez le patient, en évoquant les situations angoissantes, afin de durcir l'attitude envers le bégaiement.

- En prévention, entraîner les parents à la production détendue de parole non fluide qui est normale à l'âge de l'enfant.

**Procédés utilisés pour éliminer les procédés qui peuvent maintenir les comportements de bégaiement** (objectif n°4 de la prise en charge) :

- **Conditionnement instrumental (opérant) :**

a- identifier les facteurs favorisant le bégaiement

b- éliminer les conditions dans l'environnement, y compris celles de "l'environnement interne" du patient, qui renforcent le bégaiement ou les mécanismes de défense.

- **Contre-conditionnement aux réactions de défense :**

a- identifier les conséquences néfastes au bégaiement

b- identifier les stimuli, ou groupes de stimuli (situations), associés à ou prédisant les conséquences néfastes, comme dans une hiérarchie de situations de parole.

c- identifier les comportements qui terminent ou évitent les conséquences néfastes.

d- fournir des expériences au patient dans lesquelles les stimuli sont présents, mais où les comportements d'évitement ne sont pas utilisés et où les conséquences néfastes n'ont pas lieu.

e- aider le patient à apprendre comment faire face aux situations pressantes en utilisant des savoir-faire nouvellement acquis.

- **Conditionnement indirect :**

a- identifier les modèles de parole qui renforcent le bégaiement, ceux qui permettent d'éviter le bégaiement, ceux qui tentent d'empêcher le bégaiement (c'est-à-dire l'utilisation de mécanismes de défense), et ceux qui engagent des réactions affectives négatives au manque de fluidité verbale.

b- conseiller, entraîner ou modifier le comportement de ces modèles afin d'éliminer ou réduire l'apparition du conditionnement indirect.

- **Manipulation de l'environnement :**

a- modifier l'environnement du patient, interne ou externe, afin d'éliminer tout procédé de conditionnement qui aggrave ou maintient le comportement de bégaiement.

\* en conseillant l'entourage

\* en conseillant le patient

\* en fournissant des expériences qui vont changer les attitudes et les croyances résultant en des procédés de conditionnement défectueux.

**Procédés utilisés pour aider les patients à apprendre comment prendre des décisions concernant les situations de communication de la vie courante** (objectif n°5 de la prise en charge) :

- Identifier les décisions spécifiques concernant un comportement social qui peuvent affecter la fluidité verbale, comme par exemple décider de laisser un collègue répondre

au téléphone même si le patient en est plus près.

- Conseiller, en utilisant aussi des explications calmes sur le fait que des décisions basées sur des réactions de défense ne servent qu'à augmenter la peur et diminuer la confiance en soi.

- Identifier avec l'aide du patient des objectifs de "comportements raisonnables" pour une prise de décisions facilitée.

- Planifier des activités qui vont fournir au patient des occasions de prendre de meilleures décisions.

- Encourager le patient à prendre des décisions qui conduisent davantage à une expression fluide et assurée.

- Aider les patients à prévoir les conséquences naturelles de leur décision à utiliser ou non des techniques de rééducation acquises lors des activités quotidiennes.

- Assister à des groupes d'entraide avec d'autres personnes qui bégaiement.

**Procédés utilisés pour augmenter les activités sociales et un comportement expressif** (objectif n°6 de la prise en charge) :

- Encourager la prise de parole dans des situations précédemment décrites comme angoissantes.

- Encourager le patient à parler plus souvent et dans une grande variété de situations, structurées graduellement jusqu'à la plus stressante ou angoissante.

- Encourager le patient à participer à un groupe d'entraide.

- Utiliser un appareil aidant l'expression fluide afin de rendre possible une activité sociale qui serait autrement trop angoissante pour le patient.

**Procédés utilisés pour améliorer l'image de soi ou revoir les attitudes perfectionnistes envers la parole** (objectif n°7 de la prise en charge) :

- Conseiller le patient afin de lui montrer des expériences réussies de n'importe quelle nature.

- Conseiller le patient pour lui montrer des expériences positives de la parole.

- Valider le patient en tant qu'individu et interlocuteur.

a - écouter le patient et lui montrer qu'on l'apprécie en tant qu'individu.

b - écouter le patient et valider des aspects de sa parole non liés à la fluidité verbale, grâce à l'appréciation de certains aspects de la parole du patient qui sont normaux voire excellents : par exemple le timbre de la voix, l'expression, le choix lexical, l'articulation.

c - écouter le patient et valider la fluidité, lorsque c'est approprié, en exprimant une appréciation des comportements de bégaiement qui sont moins anormaux ou moins bloqués.

d - transférer au patient une capacité similaire à écouter (auto-analyse).

- Obtenir une attention plus soutenue de la part d'autres personnes.

- Aider le patient à obtenir une meilleure identification de lui-même grâce à des groupes d'entraide ou d'autres activités.

- Obtenir une meilleure tolérance à l'échec, grâce aux conseils et à la guidance.

- Entraîner à se parler de façon plus positive et affirmée.

**Procédés utilisés pour réduire les réactions négatives au bégaiement et les situations sociales associées auparavant au bégaiement** (objectif n°8 de la prise en charge) :

- Désensibilisation par la confrontation aux événements de bégaiement :

a - parler avec le patient du bégaiement de manière objective

b - faire prendre conscience aux patients, par l'expérience, que l'élocution s'améliore lorsqu'ils se "donnent la permission de bégayer" ou qu'ils bégaiement sur commande.

c - bégayer sur commande sur le lieu de rééducation

d - bégayer sur commande dans des situations réelles.

e - garder une liste de situations dans lesquelles le patient a bégayé sur commande ou s'est autorisé à bégayer.

- Désensibilisation à des situations de communication provoquant une anxiété.

a - désensibilisation systématique et traditionnelle:

\* construire une hiérarchie des mots, interlocuteurs et situations redoutés

\* induire un état de détente psychique et physique

- \* tout en étant détendu(e), imaginer des situations redoutées
  - \* tout en étant détendu(e), s'imaginer parlant à des interlocuteurs redoutés
  - \* tout en étant détendu(e), s'imaginer prononçant des mots redoutés
  - \* tout en étant détendu(e), s'imaginer bégayant
  - \* tester les effets de ces expériences dans des situations de la vie réelle
- b- désensibilisation systématique dans la vie réelle :
- \* construire une hiérarchie des mots, interlocuteurs et situations redoutés
  - \* parler systématiquement dans les situations de la vie réelle, en commençant avec les éléments les plus faciles de la hiérarchie, et en augmentant graduellement le niveau de difficulté. Un appareil facilitant l'expression fluide peut trouver sa place au début de ce procédé, bien qu'il soit important de sevrer le patient par rapport à l'utilisation de cet appareil afin d'en éviter la dépendance.

**Procédés utilisés pour s'occuper des problèmes annexes** (objectif n°9 de la prise en charge) :

- Adresser le patient à d'autres professionnels pour les problèmes psycho-affectifs ou troubles d'apprentissage.
- Travailler en équipe avec d'autres orthophonistes afin de traiter simultanément les problèmes phonologiques, de langage ou de voix.
- Organiser la rééducation afin de régler les problèmes un par un. D'habitude, cela implique de travailler d'abord sur la fluidité verbale avant celui sur l'articulation, le langage ou la voix, mais parfois cela implique de travailler d'abord sur des problèmes annexes avant de travailler sur la fluidité verbale (par exemple l'intelligibilité).
- Concevoir des plans de traitement qui s'occupent en parallèle du bégaiement et des problèmes coexistants.

**Procédés utilisés pour informer l'entourage** (objectif n°10 de la prise en charge) :

- Conseil direct aux parents, conjoint, fratrie et autres.
- Fournir une bibliographie aux parents, conjoint, médecins, psychologues et autres.
- Utiliser les cassettes audio et vidéo pour présenter aux patients et aux parents des exemples de comportements spécifiques et de réactions.
- Informer sur d'autres approches thérapeutiques, des appareils, des groupes d'entraide et de défense des consommateurs.
- Informer sur les possibilités de tiers-payant.

**C - COMPÉTENCES CLINIQUES DU PRATICIEN LIÉES À LA PRISE EN CHARGE :**

- est familiarisé avec les objectifs pertinents du traitement et les procédés pour les atteindre ; peut engager ces procédés, choisir des techniques qui sont les meilleures pour le patient, et les administrer avec une attitude équilibrée entre la recherche d'une élocution normale et une tolérance pour une parole anormale, c'est-à-dire augmenter la fluence et diminuer la sensibilité à l'égard des dysfluences.
- a une souplesse suffisante pour choisir et changer le niveau de difficultés des tâches basées sur la fluidité verbale du patient.
- peut enseigner au patient les comportements d'utilisation de l'appareil vocal qui permettent une émission vocale normale.
- possède un savoir-faire suffisant lorsqu'il s'agit de conseiller et d'interagir avec des patients de tous les âges et sait développer chez le patient des attentes raisonnables.
- a une bonne connaissance et sait mettre en pratique les principes du conditionnement et de l'apprentissage afin d'atteindre une modification adéquate et réussie des comportements verbaux.
- comprend la relation entre le bégaiement et d'autres troubles du rythme de la parole, comme le bredouillage, le bégaiement neurogène et psychogène, de même que les troubles du langage, de l'articulation, de l'apprentissage, etc., et peut identifier avec souplesse les séquences et options de rééducation qui peuvent aider le patient.
- comprend les dimensions de la fluidité verbale normale et la relation entre une élocution normale et les situations de communication, et, sait travailler vers une parole normale tout en ayant conscience des compromis à faire entre l'effort, la fluidité, et une communication qui semble normale.
- comprend que certains comportements de bégaiement peuvent être des réactions à

d'autres comportements de bégaiement et sait planifier la rééducation en fonction de ce phénomène.

- peut évaluer les programmes de traitement disponibles selon leur possible utilisation avec une grande variété de patients.

- est capable de décider quand il est adéquat de cesser la rééducation, en se basant sur les progrès objectifs, le niveau de motivation ainsi que le coût en temps et en argent.

- est conscient de la nature continue du flux de la parole et peut identifier des changements subtils dans la parole ou d'autres comportements engageant une modification du traitement et expliquer leur importance au patient.

- peut expliquer le bégaiement et la rééducation du bégaiement à des profanes, comme les assistantes maternelles, les enseignants, les baby sitters, les grand-parents, et d'autres personnes pouvant jouer un rôle dans la vie de l'enfant qui bégaié.

- sait mettre en place un projet pour évaluer objectivement l'efficacité du traitement de façon continue.

- peut reconnaître des problèmes traités par des professionnels autres que les orthophonistes et peut guider le patient à accepter une consultation complémentaire.

### 3. TRANSFERT ET SUIVI

A - OBJECTIFS DÉSIRÉS DANS LE TRANSFERT ET LE SUIVI DES COMPORTEMENTS ACQUIS DE RYTHME NORMAL DE LA PAROLE

**objectif n°1 de transfert et suivi :**

généraliser les changements de comportements acquis lors de la rééducation aux situations de communication de la vie quotidienne du patient.

**objectif n°2 de transfert et suivi :**

un intérêt sincère et une implication personnelle de la part du patient pour atteindre un comportement verbal personnel, équilibré avec une prise de conscience du besoin occasionnel d'aide (professionnelle ou non).

**objectif n°3 de transfert et suivi :**

capacité du patient à reconnaître les signes précoces d'un retour de réactions affectives et/ou de comportements de bégaiement et une connaissance et un savoir-faire face à ces situations.

**objectif n°4 de transfert et suivi :**

chez les parents, une connaissance et un savoir-faire nécessaires pour aider leur enfant à mettre en place un rythme de parole normal.

B - PROCÉDÉS MIS EN ŒUVRE POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DE TRANSFERT ET MAINTIEN

**Procédés pour généraliser le comportement à des lieux extérieurs** (cf objectif 1 ci-dessus) :

- varier l'utilisation de la parole dans le lieu de rééducation.
- jeux de rôle des interactions sociales en utilisant les nouveaux comportements
- pratique graduelle, selon une hiérarchie, dans la vie quotidienne du patient, suivie par le clinicien au moyen d'enregistrements sur cassette et/ou des entretiens.
- pratique continue en rééducation.
- utiliser les groupes d'entraide.

**Confiance en soi et implication :**

- conseiller les patients pour les amener à prendre la prise de décision de suivre le traitement.

- fournir au patient des exercices conçus pour améliorer ses capacités à s'auto-évaluer et à planifier son traitement lui-même.

- réduire progressivement la contribution du clinicien à la prise de décision à propos du traitement.

- réduire progressivement la fréquence des contacts entre le clinicien et le patient.

- utiliser les groupes d'entraide.



**Suivi personnel** (objectif 3 de transfert et maintien) :

- pratiquer l'auto-contrôle et l'identification des comportements de bégaiement, même les plus brefs et discrets.
- conseiller et entraîner à modifier les comportements de bégaiement brefs et discrets.
- conseiller et entraîner à reconnaître les changements dans l'attitude du patient, en particulier l'augmentation de la tendance à éviter les situations de communication et/ ou le bégaiement.
- utiliser les groupes d'entraide.

**Aide des parents à l'acquisition de la fluidité verbale par l'enfant** (objectif 4 de transfert et suivi) :

- conseiller et entraîner les familles à reconnaître les signes subtils d'un blocage qui revient.
- désensibiliser et leur donner pouvoir afin de réduire les réactions d'anxiété aux premiers signes d'un retour des comportements de blocage.
- entraîner les parents et les autres membres de la famille à des capacités utiles pour fournir une atmosphère encourageant une expression fluide.
- utiliser les groupes de soutien aux familles.

**C - COMPÉTENCES CLINIQUES DU PRATICIEN LIÉES AU TRANSFERT ET AU MAINTIEN**

- est conscient des principes de généralisation du stimulus et du transfert des réponses.
- a une connaissance et peut mettre en place une variété de procédures pour permettre le transfert et le maintien des changements obtenus lors de la rééducation.
- peut, en conseillant et en guidant, aider les patients à adopter une attitude envers le maintien, qui inclut une connaissance de leur propre responsabilité envers leur parole, mais qui permet des séances occasionnelles de suivi et qui tolère l'échec mais encourage la réussite.
- peut aider le patient à acquérir une conscience des formes subtiles d'anormalité récurrentes et savoir comment y faire face de diverses façons, comme s'entraîner à la maison, s'entraîner de façon graduelle dans des situations sociales et les groupes de soutien.
- sait comment conseiller les parents face aux changements qu'ils peuvent faire à la maison afin de faciliter l'acquisition par leur enfant d'une expression fluide ou encourager la généralisation des progrès obtenus en rééducation.

**BIBLIOGRAPHIE**

— PRINS D. (1970), Improvement and regression in stutterers following short-term intensive therapy. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 35, 123-35.

