

CFUO de Lille

UFR3S - Département Médecine
Pôle Formation
59045 LILLE CEDEX
cfuo@univ-lille.fr



MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophoniste
présenté par

Ophélie WALIGOVA

soutenu publiquement en juin 2025

L'apport de la Thérapie de Réduction de l'Évitement du Bégaiement (TREB®) dans la prise en soin du bégaiement chez les adolescents

MEMOIRE dirigé par

Rachel HALIMI, orthophoniste à Dunkerque et chargée d'enseignement à l'Université de Lille

Christine VENEL, orthophoniste à Douai

Lille – 2025

Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à l'ensemble des personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, mes remerciements vont à mes directrices de mémoire : Mesdames Christine Venel et Rachel Halimi. Merci à vous deux pour la confiance et la liberté que vous m'avez accordées ainsi que pour vos précieux conseils et votre bienveillance tout au long de ce projet.

Je tiens à adresser mes remerciements plus spécifiques à Madame Marianne Baille, pour la disponibilité, la bienveillance et l'accompagnement qu'elle m'a apportés depuis le début. Je la remercie également pour m'avoir fait bénéficier de son expertise. Je remercie Guillaume Lefebvre pour son aide lors de la diffusion de mes questionnaires.

Je remercie également l'ensemble des maîtres de stage qui m'ont accompagnée tout au long de ces cinq années. Merci pour votre accueil chaleureux, votre patience, ainsi que pour votre contribution à l'approfondissement de mes compétences professionnelles.

Enfin, je témoigne tout spécialement ma gratitude envers les adolescents qui ont accepté de répondre aux questionnaires ainsi qu'aux professionnels qui les ont accompagnés dans cette démarche. Sans leur participation, cette étude n'aurait pas été possible.

A titre plus personnel, je souhaite remercier mes camarades de promotion et plus particulièrement Ambrine, Claire, Clémentine, Laurine, Marie-Lou, Mathilda, Romane et Sidonie. Merci pour ces cinq années, pour votre soutien inconditionnel, merci pour les rires, merci pour les pleurs, merci pour tout. Une pensée également à mes colocataires et à mes copines de Dijon qui suivent mes aventures depuis le début.

Enfin, du fond du cœur, je souhaite remercier ma famille. À ma maman, à mon papa pour ses nombreuses relectures, à mes frères et sœurs – Adrien, Laetitia, François-Xavier, Lucile et Dénia – pour leur amour indéfectible, leur confiance constante en moi et leur façon unique de toujours me pousser à donner le meilleur de moi-même. À mes neveux et ma nièce, qui apportent tant de bonheur. Un immense merci à mon grand-père, dont l'expérience et les précieux conseils m'ont tant apporté. Et une pensée pour mes grands-mères, qui me manquent chaque jour. J'espère, de là où vous êtes, que vous êtes fières de moi.

Résumé :

Le bégaiement est une perturbation du rythme de la parole entravant la communication. Après avoir exposé ses aspects théoriques et souligné l'importance de la période critique de l'adolescence, nous nous concentrerons sur l'approche de la TREB®, encore peu connue en France. L'objectif de ce mémoire est d'évaluer l'apport de la Thérapie de Réduction de l'Évitement (TREB®) dans la prise en soin du bégaiement chez l'adolescent. Nous avons conçu deux auto-questionnaires, administrés avant et après la thérapie, visant à évaluer la fréquence des comportements d'évitement et de lutte, ainsi que la qualité de la communication. L'objectif était d'analyser leur impact sur la participation des répondants et le ressenti des patients. Ces questionnaires ont été soumis à huit adolescents présentant un bégaiement et bénéficiant d'un suivi orthophonique intégrant la TREB®. Les données recueillies semblent encourageantes : elles suggèrent une diminution des comportements d'évitement et de lutte, une amélioration de la communication et une participation plus active. Les adolescents décrivent une expérience positive, marquée par une meilleure perception et acceptation du bégaiement témoignant d'un processus de changement. Les limites méthodologiques et les implications de ces résultats sont discutées en fin d'exposé.

Mots-clés :

Orthophonie – Bégaiement – Évitement - Thérapie de Réduction de l'Évitement du Bégaiement® (TREB®) – Adolescent (12-17 ans)

Abstract :

Stuttering is a disruption in the rhythm of speech that hinders communication. After outlining its theoretical foundations and emphasizing the importance of adolescence as a critical developmental period, this study focuses on the Avoidance Reduction Therapy for Stuttering (ARTS®), an approach still relatively unknown in France. The aim of this dissertation is to evaluate the contribution of ARTS® in the management of stuttering among adolescents. To this end, two self-assessment questionnaires were developed and administered before and after therapy. These aimed to assess the frequency of avoidance and struggle behaviors, as well as the quality of communication. The goal was to analyze their impact on participant engagement and the perceived experience of the patients. The questionnaires were completed by eight adolescents who stutter and were undergoing speech-language therapy incorporating the ARTS® approach. The data collected appear promising: they suggest a reduction in avoidance and struggle behaviors, improved communication, and increased participation. The adolescents reported a positive experience, marked by better self-perception and acceptance of their stuttering, indicating a process of change. Methodological limitations and the implications of these findings are discussed at the end of the presentation.

Keywords :

Speech therapy – Stuttering - Avoidance Reduction Therapy for Stuttering® (ARTS®) – Teenager (from 12 to 17 years old)

Introduction.....	1
Contexte théorique, buts et hypothèses.....	2
1. Le bégaiement.....	2
1.1. Généralités.....	2
1.1.1. Définitions.....	2
1.1.2. Âges d'apparition.....	2
1.1.3. Types de bégaiement.....	2
1.2. Sémiologie.....	2
1.2.1. Les symptômes primaires.....	3
1.2.2. Les symptômes secondaires.....	3
1.2.3. Les métaphores du bégaiement.....	3
1.3. Epidémiologie et origine.....	4
1.3.1. Epidémiologie.....	4
1.3.2. Etiologie.....	4
2. La Thérapie de Réduction de l'Évitement dans le Bégaiement®.....	5
2.1. Généralités et définitions.....	5
2.1.1. Notion d'évitement.....	5
2.1.2. Le cercle vicieux de l'évitement.....	6
2.1.3. Concept de la TREB.....	6
2.2. Conflits internes.....	6
2.2.1. Théorie du conflit.....	7
2.2.2. Théorie du rôle.....	7
2.3. Mise en place de la thérapie.....	7
2.3.1. Phase 1 : l'efficacité.....	7
2.3.2. Phase 2 : Réactivité.....	7
2.3.3. Phase 3 : Confort.....	8
3. Le bégaiement de l'adolescent.....	8
3.1. Période de changement.....	8
3.2. Un trouble difficile à vivre.....	9
4. Problématique, buts et hypothèses.....	9
4.1. Problématique.....	9
4.2. Objectifs.....	10
Méthode.....	10
1. Populations étudiées.....	10
2. Matériel.....	10
2.1. Questionnaire pré-TREB®.....	10
2.2. Questionnaires post-TREB®.....	11
3. Procédure.....	11
3.1. Diffusion et passation.....	11
3.2. Analyse des résultats.....	12
Résultats.....	12
1. Description de l'échantillon étudié.....	13
1.1. Données sociodémographiques.....	13

1.2. Caractéristiques du bégaiement.....	13
1.3. Parcours du suivi TREB.....	13
2. Représentations, impacts et vécu du bégaiement dans la vie quotidienne.....	14
2.1. Attitudes et perceptions de soi.....	14
2.2. Répercussions physiques et psychosociales.....	16
2.3. Gestions du bégaiement et comportements d'évitement.....	18
3. Apport de la TREB perçus par les participants.....	20
3.1. Changements personnels.....	20
3.2. Ressentis et vécus subjectifs des changements.....	21
Discussion.....	22
1. Mise en relation des résultats et des hypothèses.....	22
1.1. La lutte et les comportements d'évitement.....	22
1.1.1. La verbalisation du bégaiement.....	22
1.1.2. L'évitement des situations sociales.....	22
1.1.3. L'utilisation de mot d'appui.....	23
1.1.4. Les tensions corporelles liées au bégaiement.....	23
1.1.5. Les stratégies de gestion du bégaiement.....	23
1.2. L'impact de la TREB® sur les dimensions psycho-affectives.....	24
1.2.1. Une modification de la perception du bégaiement.....	24
1.2.2. Un cheminement vers l'acceptation du trouble.....	24
1.2.3. L'effet libérateur de la verbalisation du trouble.....	24
1.2.4. Oser bégayer : entre libération et vulnérabilité.....	25
1.2.5. Le plaisir de communiquer.....	25
1.2.6. Renforcement de la confiance en soi.....	25
1.3. Les effets de la TREB® sur la qualité de vie.....	26
1.3.1. L'efficacité communicationnelle.....	26
1.3.2. La participation scolaire et le rapport à la classe.....	26
1.3.3. Les choix d'orientation professionnelle.....	26
1.3.4. Les objectifs concernant le bégaiement.....	27
2. Les difficultés rencontrées et les limites.....	27
2.1. Les questionnaires.....	27
2.2. Les limites méthodologiques.....	28
2.3. La TREB®.....	28
Conclusion.....	29
Bibliographie.....	31
Liste des annexes.....	34
Annexe n°1 : Questionnaire pré-TREB®.....	34
Annexe n°2 : Questionnaire post-TREB®.....	34
Annexe n°3 : Flyer informatif questionnaire post-TREB®.....	34
Annexe n°4 : Tableau présentant les caractéristiques détaillées de l'échantillon.....	34

Liste d'abréviations :

ACT® : Thérapie d'Acceptation et d'Engagement

AQB : Adolescent Qui Bégaie

PQB : Personne Qui Bégaie

TCC® : Thérapies Comportementales et Cognitives

TREB® : Thérapie de Réduction des Évitements du Bégalement

ET : Écart-type

M : Moyenne

Introduction

Plus de 70 millions de personnes bégaiement dans le monde, dont 850 000 en France selon l'Association Parole Bégaiement. Le bégaiement est une perturbation du flux ou rythme de la parole, caractérisé par des disfluences donnant l'impression d'effort. Il peut aussi passer inaperçu lorsque la Personne Qui Bégaie (PQB) parvient à le dissimuler en utilisant différentes stratégies, on parle alors de bégaiement masqué.

Historiquement, le bégaiement a été traité par de multiples approches souvent stigmatisantes notamment par des potions, des brûlures, des chirurgies, des tapotements rythmiques, ou de la psychanalyse. Au cours des dernières décennies, des approches plus scientifiques se sont développées. Elles reposent généralement sur une combinaison de thérapies comportementales et cognitives. Ainsi, les professionnels de la santé cherchent à comprendre les aspects sociaux et neurologiques impliqués afin d'apporter un soutien adapté. En somme, l'évolution de la prise en soin du bégaiement reflète une meilleure compréhension du trouble, plus profonde et plus empathique, ainsi qu'une diversité croissante d'approches thérapeutiques visant à répondre aux besoins spécifiques et individuels des patients.

Grâce à ces nouvelles approches, le bégaiement est de plus en plus considéré comme une différence et non un handicap créant ainsi un mouvement de fierté autour du bégaiement : « vivre avec son bégaiement ». C'est dans cette dynamique que s'inscrit la Thérapie de Réduction de l'Évitement du Bégaiement (TREB®). Cette thérapie cherche à désensibiliser le patient aux disfluences verbales tout en éliminant les sentiments négatifs liés au bégaiement. L'individu est accompagné pour identifier les mécanismes de défense et d'évitements entourant son bégaiement. En les réduisant, la PQB est alors libérée et peut communiquer plus naturellement et confortablement, en exposant son bégaiement. La différence principale entre cette technique et les autres est que cette dernière met l'accent sur les pensées et les sentiments plutôt que sur les techniques directes (Camperdown, Lidcombe) ou indirectes de relaxation, de respiration pouvant provoquer un hypercontrôle contre-productif.

Dans ce contexte, nous nous sommes questionnés sur l'apport de la Thérapie de Réduction de l'Évitement® dans les prises en soin d'adolescent.e.s qui bégaiement. Pour cela, les objectifs de ce mémoire consisteront à analyser, à l'aide de questionnaires, le ressenti des patients concernant cette approche. Les réponses recueillies permettront de mettre en évidence les avantages et les limites associés à cette thérapie.

Dans un premier temps théorique, nous définirons le bégaiement, ses origines, ses âges d'apparition, nous expliciterons quelles en sont les manifestations et les métaphores. Puis nous aborderons la TREB® comme moyen de prise en soin du bégaiement. Enfin nous verrons que l'adolescence est une période critique à l'installation d'évitements. Nous émettrons ensuite notre problématique et nos hypothèses.

Dans un second temps, plus pratique, nous détaillerons la méthodologie utilisée pour la réalisation de deux questionnaires à destination des adolescents bénéficiant de la TREB®. Enfin, après avoir présenté les résultats, nous les discuterons, puis nous conclurons.

Contexte théorique, buts et hypothèses

Dans cette première partie, nous définirons les termes clés de notre étude. Ces différentes notions nous serviront à établir une problématique et des objectifs précis.

1. Le bégaiement

1.1. Généralités

1.1.1. Définitions

Selon le DSM 5, le bégaiement correspond à l'ensemble des perturbations de la fluidité verbale et du rythme de la parole. Ces disfluences persistent dans le temps et entraînent généralement une anxiété ou des limitations de prise de parole, d'interaction sociale, de la réussite scolaire ou professionnelle (American Psychiatric Association, 2015). Monfrais-Pfauwadel (2014), compare le bégaiement à un trouble moteur de l'écoulement de la parole qui est alors produite avec plus d'effort musculaire. Elle mentionne que le trouble s'aggrave selon la nature de l'échange et retentit sur la communication du sujet provoquant ainsi une souffrance psychologique et une intelligibilité du discours. Ces définitions ont l'avantage d'évoquer les conséquences du bégaiement, sans se limiter à une description de ses manifestations cliniques.

Le bégaiement est avant tout un trouble fluctuant. C'est pourquoi, pour Mark Onslow (2017), il serait plus approprié d'employer la notion de moments de bégaiement. Cette idée est reprise par Yaruss et al. (2017) qui affirment que le bégaiement varie selon le contexte.

1.1.2. Âges d'apparition

Certaines périodes de vie peuvent être considérées comme critiques à l'apparition du bégaiement : à l'âge de 3-4 ans, lors de l'élaboration des premières phrases structurées et à 5-6 ans lors de l'entrée à l'école primaire (Piérart, 2018). Au départ les disfluences sont produites de manière occasionnelle, l'enfant n'en a pas conscience. Progressivement, les réactions de l'entourage, combinées à la tension ressentie lors des blocages, suscitent chez l'enfant une appréhension anticipée favorisant l'installation du bégaiement sur un terrain déjà favorable.

1.1.3. Types de bégaiement

Trois types de bégaiements se distinguent par leur origine et leur apparition (Piérart, 2018) :

- Le bégaiement développemental se manifeste généralement entre l'âge de 2 et 4 ans et tend à disparaître spontanément dans un délai de 2 à 4 ans. Selon l'American Psychiatric Association (2015), c'est le type de bégaiement le plus fréquent (80-90 %).
- Lorsque le bégaiement développemental perdure, on le qualifie de persistant. Ce type de bégaiement persiste jusqu'à l'âge adulte dans 20 à 25 % des cas.
- Le bégaiement neurologique peut se manifester à tout âge, suite à une lésion cérébrale.

Un quatrième type peut être ajouté : le bégaiement masqué. Il est généralement défini comme une forme particulière de bégaiement, ne comportant aucun symptôme visible (Oslo, 2017).

1.2. Sémiologie

En pratique, le bégaiement peut se manifester de manière très variée d'une personne à l'autre, selon les moments ou les situations (Bagchi & Reddy, 2021)

1.2.1. Les symptômes primaires

Les symptômes primaires du bégaiement correspondent aux disfluences entravant la capacité de la personne à exprimer ce qu'elle souhaite. Selon le DSM 5, les formes classiques sont la répétition de sons et de syllabes, la prolongation de sons, les mots tronqués, les blocages et la répétition de mots monosyllabiques entiers (American Psychiatric Association, 2015). Souvent, des comportements accompagnateurs sont associés à ces symptômes (Bloodstein & Ratner, 2008). Ils peuvent inclure des troubles psychophysiologiques (rougeur, sudation, etc.), du tonus (syncinésies, coup de glotte), respiratoires (Perkins, 1976), de la prosodie et du rythme (Piérart, 2013) ou encore du comportement non-verbal (fuite du regard, gestuelle inadaptée) (Piérart, 2018). Ces manifestations cliniques ne doivent pas être les seules données prises en compte.

1.2.2. Les symptômes secondaires

Les symptômes secondaires se développent en réponse aux symptômes primaires. Selon Van Hout & Estienne (1996), ils deviennent plus gênants que les signes primaires. Ils comprennent généralement des comportements d'évitement ou de fuite, tels que l'évitement de situations de communication, de certains mots/phonèmes mais aussi des comportements compensatoires, comme le remplacement de mots difficiles par d'autres (circonlocutions). Les symptômes secondaires incluent des réactions émotionnelles telles que la frustration, la honte ou l'anxiété liée à la communication allant jusqu'à la logophobie (Piérart, 2018). Ces manifestations invisibles favorisent progressivement l'installation du bégaiement engendrant des souffrances et un handicap (M. M. Monfrais-Pfauwadel (2014). C'est alors tout un système de croyances qui se met en place et favorise l'apparition d'un cercle vicieux (De Chassey & Brignone, 2003).

1.2.3. Les métaphores du bégaiement

Les symptômes secondaires représentent la partie cachée de ce que Sheehan (1953) a conceptualisé comme « la métaphore de l'iceberg ». Selon cette analogie, le bégaiement pourrait être comparé à un iceberg dont les parties visible et invisible interagissent pour accroître le trouble. La partie visible de cet iceberg représente les manifestations les plus évidentes du bégaiement, à savoir les symptômes primaires. En dessous de la surface, la partie invisible, plus significative, contribue à perpétuer et à alimenter le bégaiement, en contenant les symptômes secondaires. Selon Monfrais-Pfauwadel (2000), la surface immergée constitue le cœur de la glaciation, génère des croyances et des blessures secrètes que la PQB s'est forgée durant des années et qui ont participé au développement et à l'entretien du bégaiement.

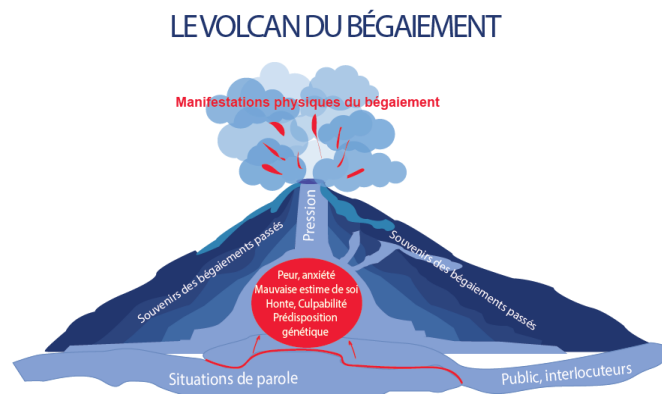


Figure 1. Le volcan du bégaiement (d'après H. Lagarde, 2020)

Une autre représentation a conceptualisée le bégaiement sous la forme d'une éruption volcanique, ajoutant la notion de dynamique et d'imprévisibilité (Smith & Weber, 2017). Le bégaiement, tel un volcan, peut sembler calme en surface, mais renferme une grande activité sous-jacente. De la même manière que la pression souterraine peut provoquer des éruptions volcaniques soudaines, les tensions et les émotions refoulées chez la PQB peuvent entraîner des disfluences imprévues lors de l'interaction. De plus, tout comme les éruptions volcaniques influencées par des facteurs environnementaux, le bégaiement peut être déclenché ou exacerbé dans des contextes ou moments spécifiques.

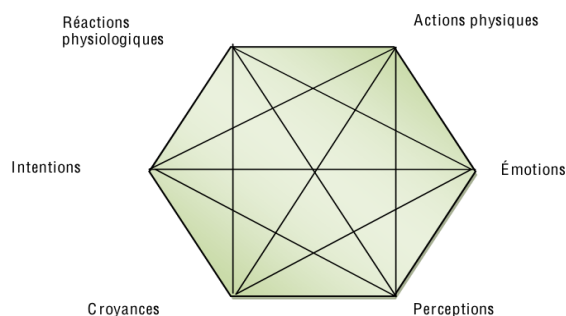


Figure 2. L'hexagone du bégaiement (d'après Harrison, 2008)

Le bégaiement peut également être représenté comme un système en forme d'hexagone (Harrison, 2008). Toutes les intersections de l'hexagone sont reliées, chacune d'elles affecte directement toutes les autres. Chaque côté de l'hexagone symbolise une dimension ou un aspect du bégaiement. Les réactions physiologiques sont les prédispositions de la PQB. Les actions physiques sont les signes physiques du bégaiement (retenir son souffle, bloquer les cordes vocales). Les émotions négatives découlant des expériences passées (frustration, embarras, peur, etc.), les perceptions, les croyances liées au bégaiement, les intentions envers le bégaiement (vouloir le dissimuler ou non) sont les derniers côtés de cette figure. Cette métaphore souligne l'idée que le bégaiement est un phénomène complexe et multidimensionnel. En comprenant cette complexité, il devient possible de mettre en place des approches plus adaptées aux PQB.

Cela souligne l'importance de prendre en compte tous les facteurs sous-jacents lors de prise en soin du bégaiement.

1.3. Épidémiologie et origine

1.3.1. Épidémiologie

La recherche s'accorde généralement pour évaluer la prévalence du bégaiement à environ 1 % de la population générale (Büchel & Sommer, 2004) soit environ 850 000 personnes en France. Les hommes présentent quatre fois plus de risques que les femmes d'être atteints de bégaiement (Perez & Stoeckle, 2016).

1.3.2. Étiologie

L'étiologie du bégaiement est complexe et multifactorielle : il n'existe pas une étiologie unique, mais une diversité de causes correspondant à chaque histoire singulière de l'évolution du bégaiement (Starkweather & Givens-Ackerman, 1997).

Il existe des hypothèses d'une prédisposition génétique au bégaiement. L'analyse menée par Ambrose (Yairi & Ambrose, 1996) révèle qu'au sein d'un échantillon de 69 individus bégayant, 45 % avaient un parent proche lui-même présentant un bégaiement (parent au premier degré) et que cette proportion montait à 71 % si l'on étendait d'un degré de parenté. De plus, une étude en 2012 menée par Drayna a constaté une modification sur les chromosomes 12. Depuis, quatre autres mutations ont été mises en évidence sur les chromosomes 9, 13, 15, 18 notamment (Boucand 2019).

Il existe également des hypothèses sur la présence de facteurs neurobiologiques. Des différences dans le fonctionnement cérébral, en particulier dans les régions impliquées dans la planification et l'exécution du langage, peuvent jouer un rôle dans le bégaiement. En s'appuyant sur des imageries de diffusion ainsi que sur des études génétiques récentes, Cykowski et al. (2010) ont avancé l'idée selon laquelle les troubles cérébraux associés au bégaiement pourraient résulter d'un déficit dans le processus de myélinisation des fibres blanches. Selon le modèle de Packman et al. (1996), la complexité linguistique peut déclencher le bégaiement chez les individus dont le traitement neural du langage est altéré en raison d'une transmission inefficace des fibres blanches.

Des facteurs psychologiques et émotionnels liés au tempérament comme le stress, l'anxiété ou des situations sociales complexes peuvent déclencher ou exacerber le bégaiement. De plus, des facteurs environnementaux tels que des attentes élevées en matière de performance linguistique ou des interactions familiales stressantes peuvent également jouer un rôle (Boucand 2019).

2. La Thérapie de Réduction de l'Évitement dans le Bégaiement®

Depuis quelques années, la prise en soin du bégaiement évolue, témoignant d'une reconnaissance de tous ses aspects. Par conséquent, une diversité d'approches thérapeutiques se développe pour s'adapter aux spécificités des patients.

2.1. Généralités et définitions

2.1.1. Notion d'évitement

En réaction au bégaiement, la PQB met généralement en place des attitudes d'évitement pouvant parfois masquer le trouble. Ces attitudes sont particulièrement difficiles à vivre et s'accompagnent de sentiments réactionnels douloureux (frustration, honte, dévalorisation de soi, etc.) qui viennent amplifier les symptômes primaires (Albaret et al., 2018). Les évitements s'installent particulièrement lorsque le bégaiement perdure (Smith & Weber, 2017) et remplacent peu à peu la parole spontanée de la PQB (Kazenski et al., 2014).

Selon Sisskin et Goldstein (2022), il y a plusieurs types d'évitement dans le bégaiement :

- Physique : des blocages, recommencer la phrase, fermer les yeux, des mouvements du pied/main, des mots de remplissage ou substitués, des circonlocutions, des grimaces, inspirer/expirer, ou encore des pauses inadaptées.
- Attitude : les conduites que les PQB adoptent pour éviter de parler ou d'être repérées comme une PQB, dire ce qu'elles peuvent (non pas ce qu'elles veulent), laisser les autres parler pour elles, faire semblant de réfléchir ou de ne pas savoir, abandonner, s'exprimer un minimum, demander aux autres de le dire, faire le clown, prendre un accent.

Tous ces comportements entraînent des répercussions sur les interactions sociales et l'estime de soi : moins de confiance, moins de conversation, cacher son identité de PQB.

2.1.2. Le cercle vicieux de l'évitement

Dès leur plus jeune âge, les PQB constatent les conséquences négatives de leurs disfluences. Lorsque leurs interlocuteurs évitent le contact visuel ou finissent leurs phrases, les PQB réalisent rapidement que leur bégaiement est perçu négativement. Cette réaction, souvent involontaire, déclenche un cycle d'évitement (Sisskin & Baer, 2016). En conséquence, elles développent des stratégies pour supprimer le bégaiement : l'utilisation d'évitements, voire du silence. Bien que ces stratégies procurent un soulagement, en évitant des situations embarrassantes, cette solution est temporaire. Les PQB se retrouvent ainsi constamment à la recherche de nouvelles méthodes pour supprimer leur bégaiement. Par exemple, éviter le contact visuel peut sembler bénéfique au début, mais avec le temps, son efficacité diminue et devient inutile. Par conséquent, les PQB doivent ajouter cette stratégie à un nouveau comportement d'évitement, tel que l'utilisation d'interjections. En parallèle, la peur des disfluences augmente car elles sont sans cesse évitées. Le modèle de bégaiement avec des disfluences devient alors un modèle de comportements de lutte, entraînant une communication complexe et inefficace.

En utilisant la métaphore de l'iceberg, chaque fois que la PQB parvient à supprimer le bégaiement, le problème s'aggrave sous la surface. Le désir de réduire les sentiments de honte et les pensées négatives combiné à l'anticipation des moments de bégaiement, alimentent les évitements et les comportements de lutte (Sisskin & Baer, 2016).

2.1.3. Concept de la TREB

Le véritable enjeu du bégaiement ce n'est pas le bégaiement lui-même, mais la lutte que les PQB mènent contre lui (Sisskin & Baer, 2016).

La Thérapie de Réduction de l'Évitement du Bégaiement® est la traduction française de Avoidance Reduction Therapy for Stuttering (ARTS®). Cette approche n'est pas récente ; elle découle de nombreuses décennies d'expériences cliniques et de recherches menées par des spécialistes tels que Johson, Van Riper, Sheehen et d'autres (Sheehan, 1974). Néanmoins, cette thérapie n'a jamais été utilisée à grande échelle (Zibelman, 1982). Depuis, de nouvelles recherches ont été réalisées par Sisskin (orthophoniste, professeure et clinicienne).

Selon Sisskin & Baer, (2016), la TREB® se fonde sur le principe que le problème du bégaiement n'est pas la présence de disfluences, mais la peur de perdre le contrôle sur son bégaiement. En effet, cette peur conduit souvent à des comportements d'évitement, créant ce que l'on appelle la lutte (Sisskin & Baer, 2016). Cette lutte entraîne des symptômes primaires, mais aussi des symptômes secondaires, alimentant ainsi un cercle vicieux de peur et d'évitement.

Ainsi, dans cette approche, l'objectif n'est pas d'éliminer le bégaiement, mais de libérer la parole afin d'obtenir une parole sans lutte où les disfluences sont faciles (Sisskin & Baer, 2016). C'est pourquoi les cliniciens ARTS® travaillent avec des PQB pour réduire leur peur et leur évitement liés à leur parole en adaptant leur approche au rythme et à l'environnement de chaque individu. Finalement, des résultats positifs amènent à une parole efficiente, confortable et spontanée (avec parfois quelques disfluences) ainsi qu'à de la joie lors de la communication.

2.2. Conflits internes

Le bégaiement n'est pas un trouble de la parole mais un conflit interne autour du soi et du rôle, un problème d'identification de soi comme une PQB (Sheehan, 1968).

2.2.1. Théorie du conflit

La théorie du conflit s'intéresse à la vie quotidienne des PQB, où leurs envies contradictoires de s'exprimer et de se retenir de parler, entraînent non seulement des comportements inadaptés, mais aussi une pression mentale qui restreint leur participation et leur communication. Les représentations négatives et la peur de bégayer mènent à des comportements d'évitements à différents niveaux (mots/sons, situations). La réduction de l'évitement permettrait à la PQB de s'exprimer pleinement, résolvant ainsi ce conflit (Sisskin & Baer, 2016).

2.2.2. Théorie du rôle

La théorie du rôle se concentre sur les moments de fluence des PQB. L'envie de supprimer les disfluences conduisent les PQB à incarner une nouvelle identité où elles ne bégayaient pas. Néanmoins, jouer le rôle de quelqu'un de fluant implique un faux comportement d'évitements (Sisskin & Baer, 2016). La résolution du conflit de rôle implique la disparition du faux comportement et l'acceptation de soi en tant que PQB. Lorsque le bégaiement est révélé, des sentiments négatifs à l'égard de soi-même peuvent apparaître c'est pourquoi il est essentiel de désensibiliser les PQB à leurs disfluences.

2.3. Mise en place de la thérapie

2.3.1. Phase 1 : l'efficacité

Au début de la thérapie, il est difficile de prendre conscience de la diversité des comportements d'évitement acquis. La première étape de la thérapie consiste à devenir expert de son propre modèle de bégaiement. La prise de conscience d'un comportement est nécessaire pour pouvoir le réduire ou le modifier (Sisskin & Baer, 2016).

Ainsi, selon Zibelman (1982), les premières séances visent à aider la PQB à décrire les caractéristiques primaires et secondaires du bégaiement. L'individu est guidé pour identifier les mécanismes de défense entourant le bégaiement et ainsi explorer la dynamique du bégaiement. Ces observations de la parole, connues sous le nom de « monitoring », restent présentes tout au long de la thérapie, et mènent la PQB à prendre conscience de ses émotions et de ses actions.

Le reste de la phase initiale implique une série de tâches axées sur l'action pour diminuer les évitements. L'un des premiers exercices vise à accroître le contact visuel, ce qui contribue à la reconnaissance de l'identité concernées par le bégaiement (Sisskin & Baer, 2016).

2.3.2. Phase 2 : Réactivité

L'objectif de la phase de réactivité est l'accès spontané à un bégaiement ouvert. Généralement, les PQB recherchent la fluence à tout prix, recourant à des stratégies d'évitement ou adoptant un faux rôle. En effet, elles considèrent la fluence comme un succès et le bégaiement comme un échec, ce qui les expose à un sentiment constant de défaite. Il est donc crucial de revoir les définitions de succès et d'échec. Plutôt que de privilégier la fluence, les PQB doivent valoriser le fait de communiquer tout ce qu'elles veulent dire malgré le bégaiement. Dans leur étude, Boyle et al. (2018) ont émis l'hypothèse qu'une divulgation accrue serait associée à une qualité de vie plus élevée. Les résultats de leur étude soutiennent des recherches antérieures décrivant les avantages de la divulgation et de l'ouverture du bégaiement (Plexico et al., 2009).

Selon Sisskin & Baer (2016), le bégaiement ouvert implique de parler sans recourir à des comportements d'évitement. Il suppose un processus de désensibilisation où la PQB s'habitue progressivement à entendre et à ressentir les disfluences qu'elle cachait auparavant par des comportements d'évitement. Ce processus concerne également les émotions et les pensées de la PQB. Au début, elle peut ressentir de la honte et avoir des pensées négatives lorsqu'elle perçoit son bégaiement. C'est pourquoi, il est conseillé de le pratiquer uniquement dans des contextes moins stressants, où le patient peut faire l'expérience à la fois de la honte et du succès de bégayer. En apprenant à tolérer ces sentiments et ses pensées, grâce à des exercices, la PQB peut accepter son bégaiement. En bégayant ouvertement, le patient commence à ajuster son modèle de bégaiement et à atteindre une parole plus confortable. Une exposition répétée et progressive réduira la sensibilité et facilitera le bégaiement ouvert.

Afin de désensibiliser la PQB de son bégaiement, la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement® (ACT®), élaborée par Hayes et al. (1999), est généralement utilisée en parallèle de la TREB®. L'ACT® fait partie de la troisième vague des Thérapies Cognitivo-Comportementales® (TCC®), mettant l'accent sur la relation du patient avec ses pensées et ses émotions plutôt que de les supprimer (Monestès, 2023). L'objectif est d'encourager les individus à accepter ce qui est hors de leur contrôle, à identifier préalablement leurs pensées et émotions sans jugement, et prendre de la distance afin d'agir en accord avec leurs valeurs personnelles.

2.3.3. Phase 3 : Confort

La troisième phase de la thérapie vise à instaurer un sentiment de confort, à la fois dans la parole et la communication dans diverses situations. À ce stade, le patient est encouragé à ajuster la tension, à lâcher prise sur le contrôle et la lutte contre son bégaiement. Le thérapeute incite la PQB à cesser de dissimuler son bégaiement, de le laisser prendre de la place.

La thérapie est poursuivie au-delà de l'atteinte d'un bégaiement ouvert, dans l'objectif de généraliser cette ouverture à l'ensemble des situations de communication dans n'importe quel contexte. L'initiation au bégaiement dans des situations effrayantes est alors requise (téléphone, patron, etc.). C'est pourquoi, durant cette phase, les patients sont invités à intégrer des groupes thérapeutiques. Les groupes ont plusieurs objectifs, notamment de permettre aux personnes de se rencontrer, de partager leurs expériences respectives, de s'épauler mais également d'apprendre à s'exprimer dans diverses situations (Estienne et al., 2015). De plus, selon Van Hout et Estienne (2009), ils offrent une meilleure conscience de soi par l'observation des autres afin d'aboutir au développement des habiletés de communication souvent déficitaires chez les PQB. Selon le patient, le choix portera sur le confort car le bégaiement est douloureux ou l'efficacité lorsque les gens n'écoutent plus la PQB.

3. Le bégaiement de l'adolescent

3.1. Période de changement

L'adolescence correspond à une période critique marquée par une construction de l'identité. Elle implique de profonds changements biologiques, psychologiques et affectifs entraînant une désorganisation passagère. La construction de l'identité émerge d'expériences vécues durant l'enfance et se poursuit tout au long de la période de la puberté à travers divers processus d'identification. Les interactions sociales avec les pairs deviennent alors déterminantes. En effet,

selon Marcelli et al. (2018), l'appartenance à un groupe d'amis représente un moyen d'obtenir un rôle social et de construire son identité. Considérant que l'influence des pairs s'accroît à l'adolescence (Coleman, 2011), les difficultés psycho-affectives peuvent s'ancrer durablement lorsqu'elles sont induites par le bégaiement.

L'adolescence est une période de transition où la PQB s'identifie et se construit comme une personne qui bégaye. C'est pourquoi, la sévérité d'un bégaiement est davantage liée à la construction identitaire des PQB qu'à leurs disfluences. Pour s'intégrer à un groupe social spécifique, la PQB peut être tentée de dissimuler son bégaiement (Daniels & Gabel, 2004).

3.2. Un trouble difficile à vivre

Des études ont été menées afin de renseigner le bégaiement ouvert chez les PQB. Blood et al. (2003) ont interrogé 48 Adolescents Qui Bégaient (AQB) et ont découvert que 60 % de l'échantillon ne parlaient jamais ou rarement du bégaiement. Erickson & Block (2013) ont interrogé 38 AQB en utilisant les mêmes questions et ont constaté que 73 % n'en parlaient rarement ou jamais à d'autres personnes. Si l'adolescence est une période difficile à vivre, elle l'est d'autant plus chez les AQB. En effet, l'image de soi devient prédominante et le jeune qui bégaye se retrouve en difficulté avec l'image qu'il renvoie et celle qu'il perçoit de lui-même. C'est la période décrite comme la plus douloureuse par les personnes qui bégaient (Simon, 2004).

L'AQB s'est forgé à travers le vécu et les conséquences de son bégaiement sur l'image de soi et ses interactions sociales (Simon, 2004). Parce qu'il appréhende de bégayer, il va progressivement anticiper toutes les situations de parole et les réactions d'autrui. La tentation de s'isoler est plus forte chez lui car toute interaction peut engendrer une frustration, une dévalorisation. Ainsi, l'adolescent va développer de nombreuses stratégies d'évitement.

Le bégaiement peut aussi affecter les choix de l'adolescent. Selon Simon (2004), l'AQB ne sait plus qu'il est à force de jouer un rôle. De plus, les pensées accompagnant les moments de bégaiement l'obligent à éviter des phonèmes, des situations ou actions. Dans son étude, Royer (1977) affirme que l'AQB éprouve souvent un sentiment d'infériorité et une faible estime de soi. Une étude menée par Latem & Mwimilwa (2023) confirme que certains AQB de Kinshasa ont une faible estime de soi. Ces ressentis peuvent influencer le choix de carrière. Par conséquent, lorsqu'il faut choisir une orientation scolaire ou professionnelle, les AQB ne savent plus où se diriger.

4. Problématique, buts et hypothèses

4.1. Problématique

Depuis quelques années, l'évolution de la prise en soin du bégaiement reflète une compréhension plus profonde et plus empathique du trouble, ainsi qu'une diversité d'approches thérapeutiques visant à répondre aux besoins individuels des patients. Dans ce mémoire, nous nous interrogeons quant à l'apport de la Thérapie de Réduction de l'Évitement du Bégaiement® dans les prises en soin d'adolescents qui bégaient. Tout d'abord, les patients voient-ils une évolution dans leur ressenti ? Et par conséquent, arrivent-ils à mieux communiquer ? Dans toutes les situations ?

4.2. Objectifs

L'objectif principal de ce mémoire est d'évaluer si la TREB® peut améliorer la qualité de la prise en soin du bégaiement chez l'adolescent. Les bienfaits attendus pourraient inclure d'une part, des changements dans les pratiques orthophoniques et d'autre part, une amélioration du ressenti des AQB, vis-à-vis d'eux-mêmes, mais également dans leurs rapports aux autres.

Nous émettons l'hypothèse que l'utilisation de la TREB® dans la prise en soin du bégaiement améliorera les aptitudes communicationnelles de l'AQB :

- Hypothèse 1 : d'une part, dans la réduction de la lutte et les comportements d'évitements, tels que l'évitement de certaines situations ou de certains mots.
- Hypothèse 2 : d'autre part, dans les traits de personnalité impliqués dans la communication, notamment concernant la confiance en soi, l'anxiété ou la honte.
- Hypothèse 3 : permettra une communication plus naturelle et confortable, et améliorera la qualité de vie du patient.

Selon les résultats obtenus et les hypothèses confirmées, l'étude pourrait contribuer à enrichir les pratiques professionnelles en fournissant aux orthophonistes des propositions pour adapter leur prise en soin du bégaiement. Si les hypothèses sont valides, alors les données tendraient à renforcer la perspective selon laquelle la TREB® apporterait des améliorations dans la prise en soin du bégaiement. Ainsi, ces recherches pourraient sensibiliser davantage les orthophonistes à utiliser cette pratique.

Méthode

Dans cette partie nous décrirons la méthode qui a été employée pour mener notre étude. Nous avons décidé de privilégier une étude qualitative accompagnée de questionnaires proposés aux adolescents bénéficiant d'une prise en soin orthophonique incluant la TREB®. Les questionnaires ont été élaborés en suivant les principales étapes décrites par Borel et al. (2022).

1. Populations étudiées

Dans le cadre de notre étude, huit adolescents (12-18ans) francophones présentant un bégaiement, suivant la TREB® dans le cadre d'une prise en soin orthophonique, ont répondu à deux questionnaires. Au questionnaire pré-TREB®, sur vingt et une réponses, quinze adolescents ont été retenus. Les personnes ne présentant pas un bégaiement, qui refusaient de suivre la TREB® ou de participer à l'étude, ainsi que les questionnaires incomplets ont été exclus de l'analyse. Au questionnaire post-TREB®, cinq des participant.e.s qui ne correspondaient pas à ces critères ainsi que les sept adolescents n'ayant pas répondu au deuxième questionnaire ont été exclus. Au final, huit participants ont été retenus pour notre étude.

2. Matériel

2.1. Questionnaire pré-TREB®

Le questionnaire pré-TREB® (cf. Annexe 1) initial se divise en trois parties recouvrant 23 questions. La première partie recueille les informations générales du patient, telles que son genre, son âge, ainsi que l'apparition, la durée et le type de bégaiement. La deuxième partie aborde la prise

en soin orthophonique antérieure (la durée et le type de suivi) ainsi que le vécu du patient face à son bégaiement incluant les tensions ressenties, les stratégies d'évitement, les émotions associées aux moments de bégaiement et leur retentissement fonctionnel. Enfin, la troisième partie concerne les attentes du patient vis-à-vis de la TREB®, en définissant les objectifs à atteindre concernant le bégaiement. La durée du questionnaire est estimée à sept minutes environ.

2.2. Questionnaires post-TREB®

Le questionnaire post-TREB® (cf. Annexe 2) contient 42 questions. Il reprend certaines questions du pré-TREB® afin d'établir une comparaison avant et après la thérapie, permettant de mettre en évidence les éventuelles évolutions. Il intègre également une partie dédiée à l'avis du patient sur la thérapie, incluant sa durée, les changements perçus (compréhension du trouble, ressentis, comportement d'évitement, etc.), ainsi que les éventuelles difficultés rencontrées. Enfin, il aborde les répercussions fonctionnelles de la thérapie, notamment en termes de participation. La durée du questionnaire est estimée à quinze minutes environ.

3. Procédure

3.1. Diffusion et passation

Après l'accord du Délégué à la protection des données, les questionnaires destinés aux patients ont été disponibles en ligne pendant trois mois, s'étendant d'octobre à décembre puis de février à avril. Ils ont été diffusés par le biais d'une newsletter rédigée par Marianne Baille, orthophoniste et formatrice, spécifiquement consacrée à l'actualité de la TREB® et adressée par courriel aux orthophonistes formé.e.s. Parallèlement, une diffusion a également été assurée via la newsletter de Guillaume Lefebvre, orthophoniste. En complément, les questionnaires ont été relayés sur diverses plateformes de réseaux sociaux. Pour le questionnaire post-TREB®, un flyer informatif (cf. Annexe 3) a été conçu afin de relancer les participants ayant répondu au questionnaire initial.

Lors de la première séance, et après avoir obtenu un accord parental signé, les patients ont répondu au questionnaire-pré. Les séances suivantes, les adolescents ont suivi la TREB® dans le cadre de leur prise en soin orthophonique. Plusieurs séances sont nécessaires car le chemin vers l'acceptation du bégaiement est long. De plus, différentes approches sont utilisées en parallèle : la thérapie ACT® ou TCC®. Le questionnaire-post est donc rempli par les participants après une dizaine de séances, afin de laisser le temps nécessaire aux changements et de s'assurer que le patient est sur le chemin de l'évolution.

Nous avons opté pour une collaboration avec les thérapeutes des patients volontaires afin d'introduire le concept de l'auto-évaluation. Les orthophonistes formé.e.s ont été invité.e.s à accompagner les patients dans le remplissage des questionnaires afin de garantir une compréhension optimale des questions et d'assurer la précision, la fiabilité et la cohérence des réponses. De plus, l'accompagnement vise à réduire l'anxiété du patient, en favorisant un climat de confiance propice à des réponses sincères et détaillées. Il est important de préciser qu'une notice d'informations (cf. Annexe 1) détaillant les aspects administratifs et éthiques, était intégrée au début du questionnaire. Celle-ci précisait l'objectif de l'étude ainsi que les modalités de participation. Par ailleurs, afin de préserver l'anonymat des participants et d'assurer la confidentialité des données, aucune question n'exigeait d'informations personnelles et les réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de mémoire.

3.2. Analyse des résultats

Les questionnaires ont été conçus avec LimeSurvey, un logiciel en ligne gratuit, simplifiant leur diffusion. Il offre la possibilité d'exporter les données récoltées dans des formats tels que CSV, Excel, ou autres, facilitant ainsi une analyse détaillée. Par ailleurs, LimeSurvey permet une gestion rigoureuse des paramètres de confidentialité et de sécurité. Les données des questionnaires ont été rassemblées et codées grâce au logiciel Open Office Calc afin de pouvoir analyser les résultats.

Dans le cadre de cette étude, le choix a été fait de recourir uniquement à une analyse descriptive des données recueillies. Cette orientation méthodologique s'explique principalement par la taille restreinte de l'échantillon, qui ne permet pas une puissance statistique suffisante pour mener des tests inférentiels fiables. En effet, les analyses statistiques classiques, telles que les tests de corrélation ou de comparaison de moyennes, nécessitent un nombre de participants plus important afin d'assurer la validité des résultats et de limiter les risques d'erreur de type I (faux positifs) ou de type II (faux négatifs). Par ailleurs, l'objectif premier de cette étude est de décrire les perceptions, les ressentis et les expériences des adolescents suivis dans le cadre de la TREB®. Le caractère subjectif et qualitatif de certaines questions ne se prête pas à une quantification statistique rigoureuse. L'approche descriptive permet ainsi de mettre en lumière des tendances générales, de repérer des constantes ou des particularités dans les réponses, et d'offrir une lecture nuancée des effets perçus de la TREB®, sans prétendre à une généralisation à une population plus large. En somme, le traitement descriptif des données répond à une double exigence : respecter les limites inhérentes au protocole de recherche (échantillon réduit, données partiellement qualitatives) et valoriser la richesse des réponses individuelles dans une perspective compréhensive et exploratoire.

Pour finir, afin de faciliter la visualisation des résultats, différents types de représentations graphiques ont été élaborés : des diagrammes en barres pour les variables qualitatives, et des diagrammes circulaires.

Résultats

Dans cette partie, nous présenterons les résultats issus des questionnaires. Nous commencerons par une description détaillée de l'échantillon étudié incluant les variables sociodémographiques (sexe, âge), la présence de suivi en orthophonie antérieur (type et durée de la prise en soin), les caractéristiques du bégaiement (type, apparition), ainsi que les attentes des participants, vis-à-vis de la TREB® et leur bégaiement. Nous poursuivrons avec une analyse comparative des ressentis avant et après la prise en soin, portant sur l'évolution des pensées liées au bégaiement, aux capacités de communication, ainsi que la fréquence des comportements d'évitement, des tensions physiques associées, et l'impact du bégaiement sur la vie quotidienne notamment sur la qualité des interactions, la réussite scolaire et la confiance en soi des patients. Enfin, une synthèse des retours recueillis auprès des participants sera présentée, portant sur les apports perçus, les améliorations constatées, les difficultés rencontrées et attentes exprimées.

L'objectif principal de ce mémoire est d'évaluer dans quelle mesure la TREB® peut contribuer à améliorer la qualité de la prise en soin du bégaiement chez l'adolescent. Dans cette perspective, trois hypothèses principales ont été formulées afin de guider l'analyse. La première repose sur le postulat que la TREB® permettrait de réduire les comportements de lutte et d'évitement fréquemment observés chez les AQB. Pour en établir l'évolution, nous avons mesuré la fréquence d'utilisation de différents comportements d'évitement tels que les tensions physiques, les mots d'appui, ainsi que l'évitement de certaines situations de communication. La seconde

hypothèse suppose que la TREB® favorise l'entrée des AQB dans un processus de changement, en agissant notamment sur des dimensions personnelles impliquées dans la communication, telles que la confiance en soi et le niveau d'anxiété. Enfin, la troisième hypothèse postule que la TREB® est susceptible d'améliorer la qualité globale de la communication des AQB, en rendant celle-ci plus fluide, naturelle et confortable après la thérapie. Pour tester cette hypothèse, nous avons évalué, à l'aide de mesures de fréquence et d'échelle de Likert, plusieurs indicateurs de la qualité de communication, à savoir l'efficacité, la confiance, la fierté et le plaisir ressentis en situation de communication, ainsi que l'impact du bégaiement.

1. Description de l'échantillon étudié

Les caractéristiques détaillées de l'échantillon sont présentées en Annexe 4.

1.1. Données sociodémographiques

Parmi les 21 participant·e·s ayant répondu au questionnaire pré-TREB®, 6 ont été exclu·e·s en raison de réponses incomplètes, ne remplissant ainsi pas les critères d'inclusion. Après cette exclusion, notre échantillon se composait de 15 participant·e·s. Concernant le questionnaire post-TREB®, parmi les 11 réponses obtenues, trois ont été écartées en raison de questionnaires incomplets. Au total, 8 participants, uniquement des garçons, ont été retenus pour l'analyse, avec des données collectées à la fois en pré et post-TREB®. L'échantillon est constitué d'adolescents âgés de 12 à 17 ans ($M = 14,8$ ans ; $ET = 1,83$ an).

1.2. Caractéristiques du bégaiement

Le type de bégaiement des participants est exclusivement ouvert ($N = 8$). Toutefois, tous n'ont pas bénéficié d'un accompagnement orthophonique ($N = 6$). Lorsque des soins ont été dispensés, leurs durées ont varié de six mois à sept ans ($M = 4.81$ mois ; $ET = 1.66$ mois). La majorité des patients connaît le type de suivi dont ils ont bénéficié : apprentissage de techniques de fluence ($N = 3$), TCC® ($N = 2$), ACT® ($N = 1$), ERASM® ($N = 1$) et deux participants ont suivi d'autres formes de rééducation. Néanmoins, trois participants ne savent pas quel type de suivi ils ont reçu.

1.3. Parcours du suivi TREB

La majorité des participants a suivi la TREB® pendant une durée comprise entre trois et six mois ($N = 6$). Deux participants ont poursuivi cette prise en soin au-delà de six mois, tandis qu'un seul a bénéficié d'un accompagnement plus court, allant d'un à trois mois.

Tous les participants ont formulé des attentes claires vis-à-vis de la TREB® ($N = 8$). Les deux attentes les plus fréquemment exprimées concernaient le souhait d'être plus à l'aise dans la communication ($N = 7$) et celui de réduire les moments de bégaiement ($N = 7$). En parallèle de ces objectifs centraux, plusieurs attentes secondaires ont été mises en évidence. Quatre adolescents espéraient que la TREB® les aide à mieux comprendre leur bégaiement, à réduire le sentiment de lutte associé à la prise de parole, à limiter les comportements d'évitement, ainsi qu'à diminuer les pensées négatives qui accompagnent souvent le trouble ($N = 4$). Enfin, trois adolescents expriment une attente plus profonde : celle d'atteindre une meilleure acceptation de leur bégaiement.

2. Représentations, impacts et vécu du bégaiement dans la vie quotidienne

2.1. Attitudes et perceptions de soi

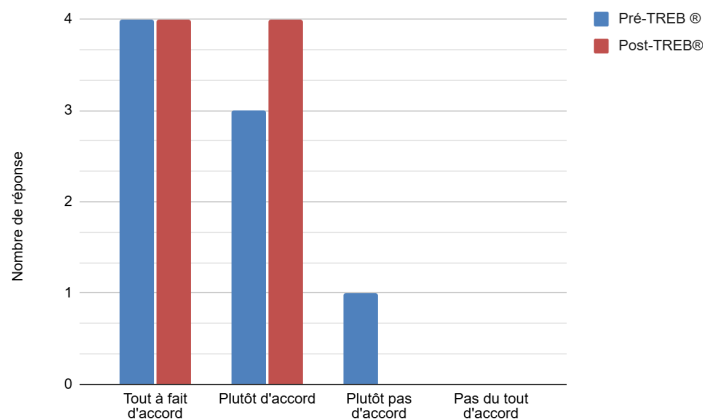


Figure 4. Nombre de réponses en fonction du niveau d'accord des répondants avec l'affirmation « J'éprouve du plaisir à communiquer »

Tant avant qu'après la TREB®, la quasi-totalité des adolescents exprime un plaisir à communiquer : « tout à fait d'accord » (N = 4) et « plutôt d'accord » (N = 3 ou 4). Si la TREB® ne semble pas avoir radicalement modifié ce paramètre déjà positif, elle semble avoir apporté des outils pour rendre la communication plus naturelle.

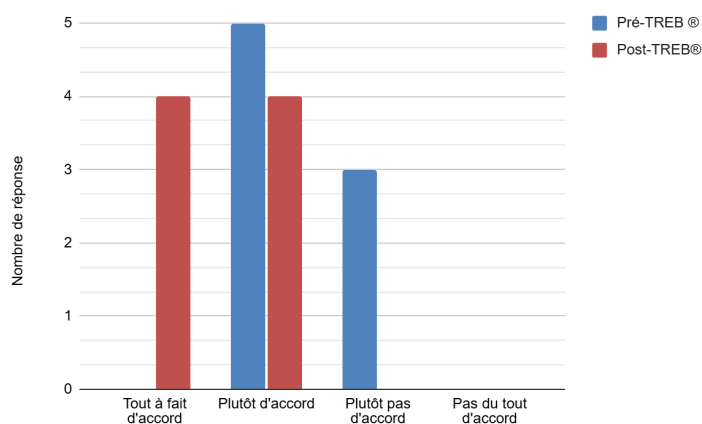


Figure 5. Nombre de réponses en fonction du niveau d'accord des répondants avec l'affirmation « Ma communication est efficace »

Les participants rapportent une amélioration notable de leur efficacité communicationnelle à l'issue de la TREB®. Avant la thérapie, leurs réponses sont plus nuancées : cinq adolescents se disent « plutôt d'accord » avec l'idée que leur communication était efficace, tandis que trois expriment un désaccord modéré (« plutôt pas d'accord »), laissant entrevoir une certaine insatisfaction quant à leur capacité à se faire comprendre ou à s'exprimer librement. Après la TREB®, les réponses témoignent d'un changement : la totalité des participants valide désormais à

l'idée que leur communication s'est améliorée, avec une moitié qui se déclare « tout à fait d'accord » (N = 4) et l'autre moitié « plutôt d'accord » (N = 4).

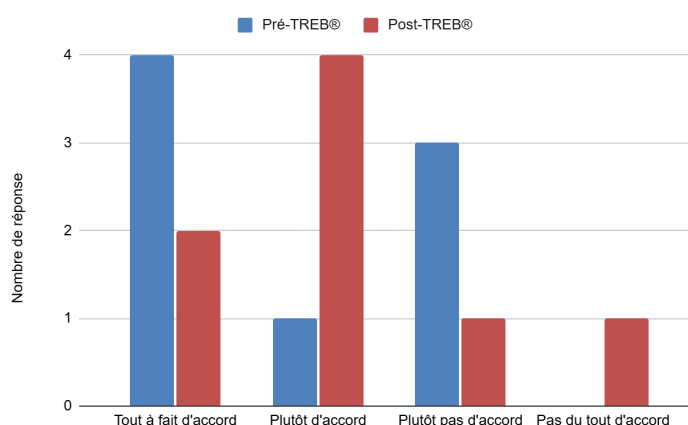


Figure 6. Nombre de réponses en fonction du niveau d'accord des répondants avec l'affirmation « Vous vous sentez à l'aise pour parler de votre bégaiement »

Concernant les attitudes face au bégaiement, les réponses recueillies avant la TREB® reflètent globalement une attitude favorable : plus de la moitié des adolescents interrogée se disent à l'aise avec ce sujet (N = 4 « tout à fait d'accord », N = 1 « plutôt d'accord »). Après la TREB®, cette tendance positive se confirme, avec une légère redistribution des niveaux d'aisance : quatre participants se disent « plutôt d'accord » et deux « tout à fait d'accord ». Toutefois, un répondant exprime une opposition marquée (N = 1 « pas du tout d'accord »).

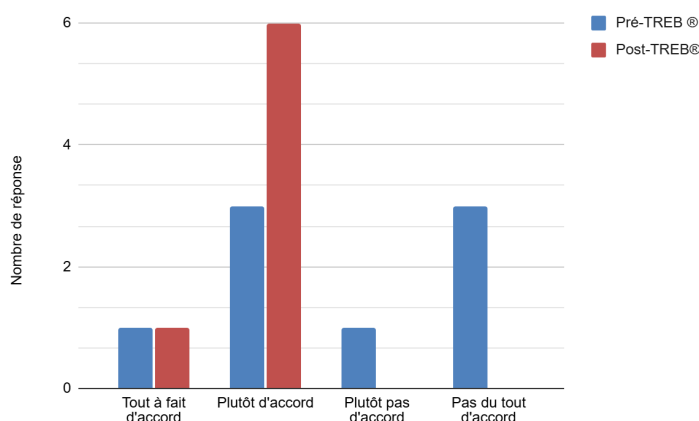


Figure 7. Nombre de réponses en fonction du niveau d'accord des répondants avec l'affirmation « Vous osez bégayer »

Dans le questionnaire pré-TREB®, la moitié des participants indique qu'ils n'osent pas bégayer (N = 1 « plutôt pas d'accord », N = 3 « pas du tout d'accord »). Après la TREB®, une évolution marquée est observée : tous les adolescents rapportent qu'ils osent davantage bégayer (N = 6 « plutôt d'accord », N = 1 « tout à fait d'accord »).

2.2. Répercussions physiques et psychosociales

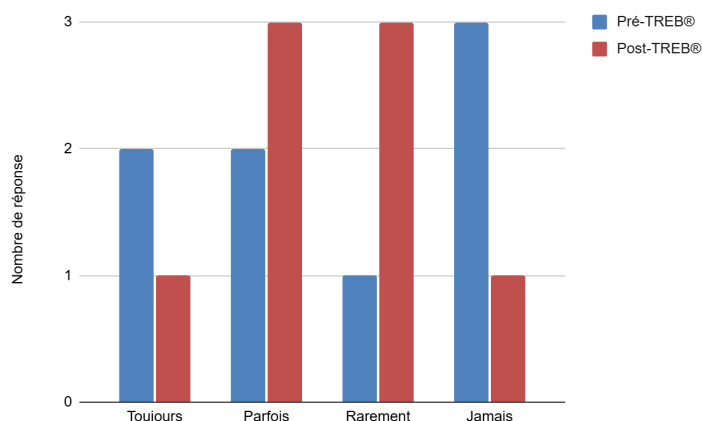


Figure 8. Nombre de réponses en fonction de la fréquence des tensions corporelles ressenties par les répondants lors des moments de bégaiement

Les ressentis de tension physique associés au bégaiement apparaissent comme une dimension variable selon les adolescents, aussi bien avant qu’après la TREB®. Avant la thérapie, quatre participants déclarent ressentir des tensions physiques de manière régulière, dont deux « parfois » et deux « toujours ». Un adolescent en fait l’expérience « rarement » et trois indiquent ne « jamais » en ressentir. Après la TREB®, la tendance reste nuancée mais suggère une légère évolution vers une diminution de la fréquence de ces tensions. Trois participants rapportent en ressentir « parfois », trois « rarement », un « jamais » et un continue à les ressentir « toujours ».

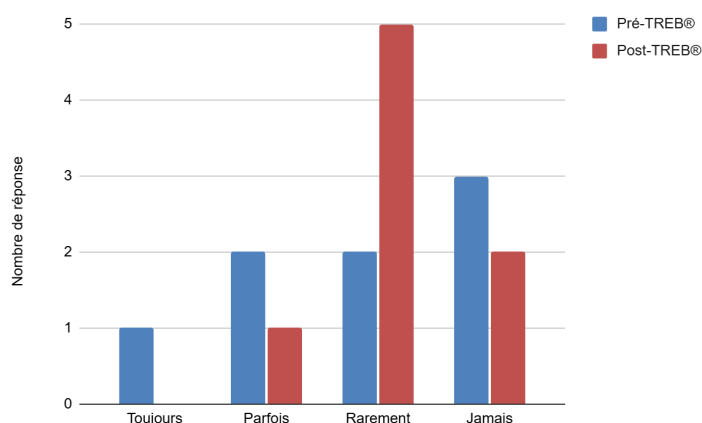


Figure 9. Nombre de réponses en fonction de la fréquence de l’impact du bégaiement sur la confiance des répondants

Concernant le retentissement du bégaiement, avant la TREB®, plusieurs adolescents rapportent que le bégaiement a un impact sur leur confiance en eux : un participant déclare que cet impact est constant (N = 1 « toujours »), tandis que deux autres évoquent une influence occasionnelle (N = 2 « parfois »). À l’inverse, cinq adolescents estiment que leur confiance en eux est rarement (N = 2) voire jamais (N = 3) affectée par leur trouble de la fluence. Après la TREB®, une amélioration notable se dégage : la majorité des participants indique que leur confiance est désormais rarement (N = 5) voire jamais (N = 2) impactée par leur bégaiement.

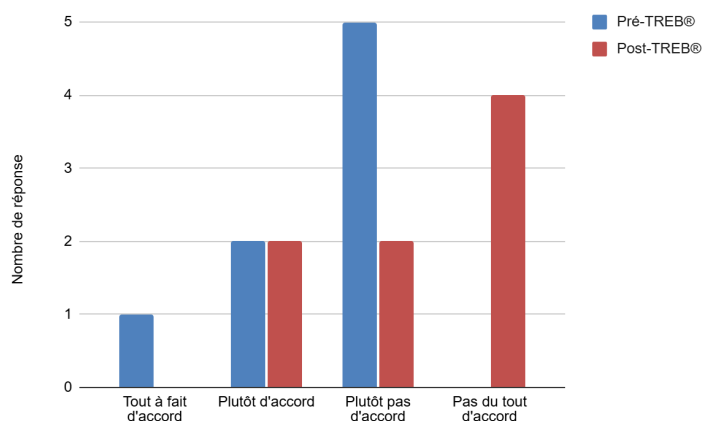


Figure 10. Nombre de réponses en fonction du niveau d'accord des répondants avec l'affirmation « Le bégaiement affecte ma participation en classe »

Avant la thérapie, un adolescent considère que le bégaiement influence sa participation en classe, deux autres se disent plutôt d'accord avec cette affirmation, tandis que cinq expriment un désaccord tempéré (N = 5 « plutôt pas d'accord »). Après la TREB®, les avis sont plus nuancés, la moitié des participants (N = 4) affirme ne « pas du tout être d'accord » avec l'idée que le bégaiement affecte leur participation, tandis que les autres se répartissent entre un désaccord modéré (N = 2 « plutôt pas d'accord ») et un accord modéré (N = 2 « plutôt d'accord »).

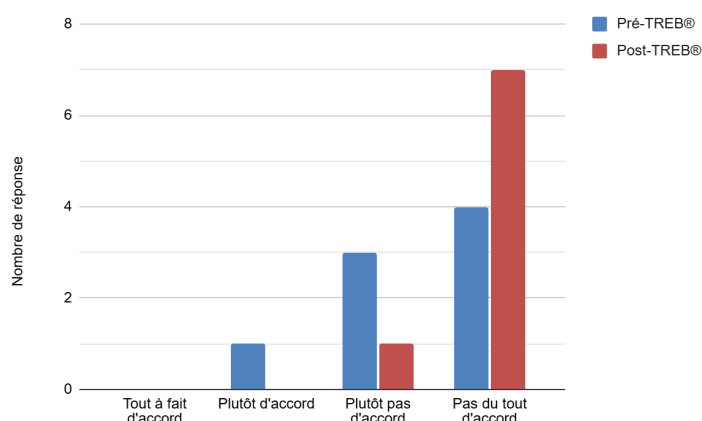


Figure 11. Nombre de réponses en fonction du niveau d'accord des répondants avec l'affirmation « Le bégaiement a un impact négatif sur ma scolarité »

Avant la TREB®, les participants expriment des avis partagés quant à l'impact du bégaiement sur leur réussite scolaire. Une majorité d'entre eux considère que le trouble n'a pas de réel effet négatif sur leurs performances académiques (N = 2 « plutôt pas d'accord », N = 4 « pas du tout d'accord »). Toutefois, un adolescent exprime une réponse plus nuancée, en estimant que le bégaiement peut constituer un frein à sa réussite (N = 1 « plutôt d'accord »). Après la TREB®, une convergence plus nette apparaît : tous les participants s'accordent à dire que le bégaiement n'impacte pas significativement leur réussite scolaire. Sept affirment être « pas du tout d'accord » avec l'idée d'un impact négatif, et un se dit « plutôt pas d'accord ».

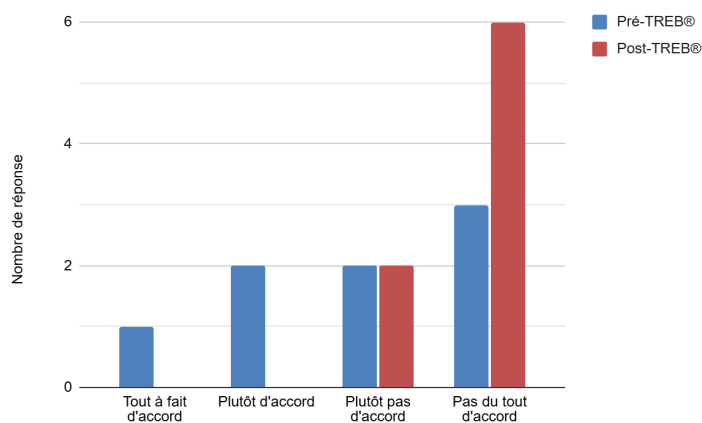


Figure 12. Nombre de réponses en fonction du niveau d'accord des répondants avec l'affirmation « Le bégaiement peut avoir un impact sur mon orientation professionnelle »

Dans le questionnaire pré-TREB®, les avis sont plutôt partagés sur l'impact du bégaiement dans l'orientation professionnelle des participants. Un adolescent se dit « tout à fait d'accord » avec l'idée que le bégaiement influence son orientation professionnelle, un autre est « plutôt d'accord », un troisième « plutôt pas d'accord », tandis que trois se déclarent « pas du tout d'accord ». À l'inverse, dans le questionnaire post-TREB®, une convergence des opinions se dessine : aucun participant n'est d'accord, même partiellement, avec l'idée que le bégaiement limite leur choix d'orientation professionnelle. Deux participants se positionnent comme « plutôt pas d'accord », et six affirment n'être « pas du tout d'accord ».

2.3. Gestions du bégaiement et comportements d'évitement

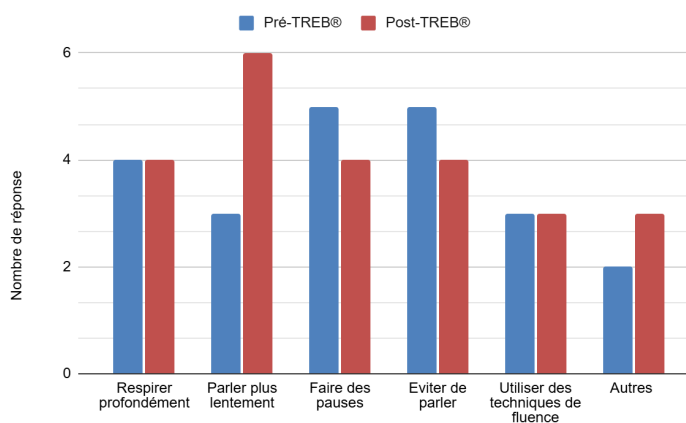


Figure 13. Nombre de réponses en fonction du type de stratégie utilisée pour gérer le bégaiement

Tous les adolescents interrogés rapportent avoir recours à diverses stratégies pour gérer leur bégaiement. Avant la TREB®, deux approches ressortent particulièrement : l'utilisation de pauses dans la parole ($N = 5$) et de manière plus préoccupante, l'évitement pur et simple de la parole ($N = 5$). Quatre participants mentionnent également le recours à une respiration profonde, tandis que trois déclarent utiliser des techniques de fluence ou parler plus lentement. D'autres stratégies, plus spécifiques, sont évoquées par deux adolescents : « préparer sa phrase avant de parler », « allonger

les mots » ou encore « utiliser des mots d'appui ». Après la TREB®, parler plus lentement devient la méthode la plus fréquemment utilisée (N = 6). Trois autres stratégies sont mentionnées par quatre adolescents respectivement : respirer profondément, faire des pauses, et éviter de parler. Par ailleurs, trois participants indiquent utiliser des stratégies spécifiques telles que « revenir en début de phrase » ou « laisser sortir le bégaiement ».

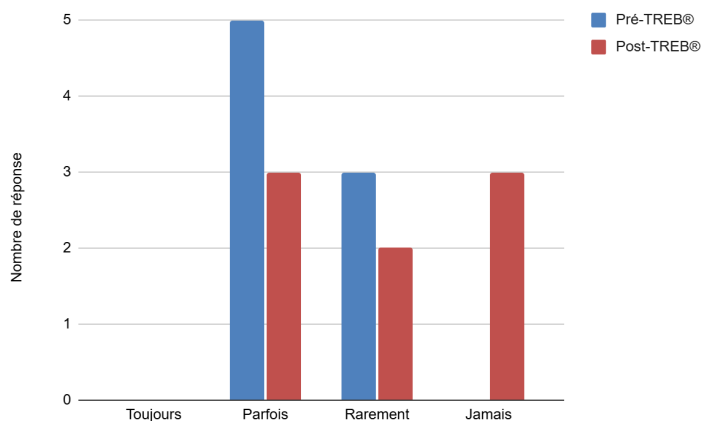


Figure 14. Nombre de réponses en fonction de la fréquence d'évitement de situation par les répondants

Concernant les évitements, avant la TREB®, la majorité des participants (N = 5) reconnaît éviter « parfois » certaines situations sociales en raison de leur bégaiement, tandis que d'autres indiquent les éviter « rarement » (N = 3). Après la thérapie, une évolution positive émerge dans la fréquence de ces évitements. Seuls trois participants déclarent encore éviter « parfois » certaines situations sociales, tandis que deux les évitent « rarement » et trois « jamais ».

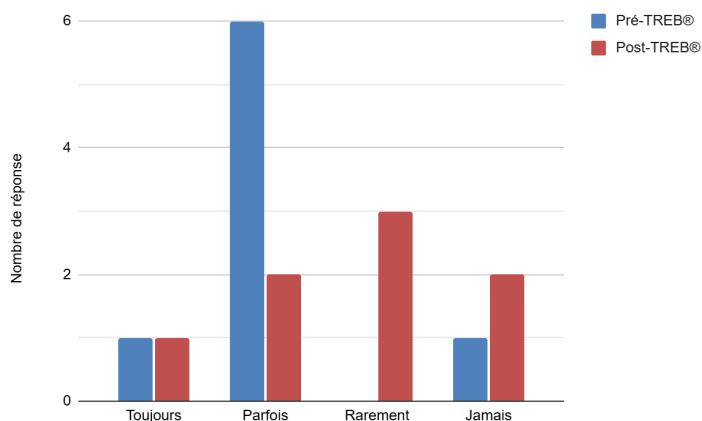


Figure 15. Nombre de réponses en fonction de la fréquence d'usage de mots d'appui par les répondants

En ce qui concerne les comportements d'évitement liés à l'usage de mots d'appui, les données recueillies avant la TREB® montrent que cette stratégie est couramment utilisée : plus de la moitié des adolescents déclare y recourir « parfois » (N = 6), tandis qu'un participant affirme ne jamais en utiliser (N = 1), et un autre dit les employer systématiquement (N = 1). Après la TREB®, les réponses deviennent plus nuancées : un adolescent continue à utiliser ces mots d'appui « toujours », deux déclarent le faire « parfois », trois « rarement » et deux « jamais ».

3. Apport de la TREB perçus par les participants

3.1. Changements personnels

Avant la TREB®, le principal objectif des AQB est d'arrêter de bégayer (N = 7). Parallèlement, plusieurs d'entre eux expriment déjà des attentes différentes, telles que la volonté de pouvoir dire ce qu'ils souhaitent sans retenue, et de s'exprimer librement malgré le bégaiement (N = 6). Cinq participants évoquent également l'envie de s'exprimer même dans des situations inconfortables, ou de formuler leurs pensées avec clarté, sans craindre d'être bloqués par le bégaiement. Des objectifs plus spécifiques sont aussi mentionnés : un adolescent souhaite retirer les mots d'appui, tandis qu'un autre exprime déjà le souhait de pouvoir bégayer ouvertement. Trois veulent simplement réduire l'intensité de leur bégaiement. Après la TREB®, une évolution dans la formulation des objectifs peut être observée. Deux objectifs principaux se dégagent : la réduction de l'intensité du bégaiement (N = 6) et la capacité à s'exprimer librement malgré sa présence (N = 6). Seuls trois adolescents évoquent encore le désir d'arrêter de bégayer, tandis que trois autres souhaitent désormais pouvoir bégayer ouvertement. Par ailleurs, quatre participants continuent de vouloir s'exprimer librement dans des situations inconfortables, et à formuler leurs pensées sans laisser la peur du bégaiement les limiter.

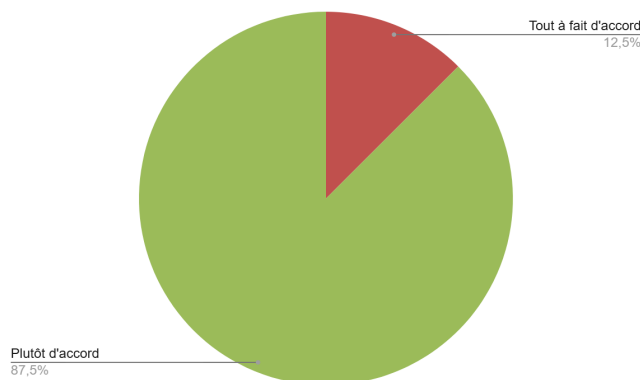


Figure 16. Pourcentage de réponses en fonction du niveau d'accord des répondants avec l'affirmation « La TREB® m'a permis de réduire les situations d'évitement »

Tous les participants estiment que la TREB® a permis de réduire les situations d'évitement liées au bégaiement (N = 7 « plutôt d'accord » et N = 1 « tout à fait d'accord »).

La grande majorité des répondants considère que la TREB® a contribué à faire évoluer leur perception du bégaiement. Six adolescents se disent « plutôt d'accord » avec cette affirmation, tandis qu'un exprime un accord fort (« tout à fait d'accord »). Un seul adolescent exprime une opposition nette à cette idée (« pas du tout d'accord »).

Selon les adolescents, la TREB® a joué un rôle globalement positif dans leur parcours d'acceptation du bégaiement. Une majorité d'entre eux exprime un accord clair, dont trois de manière affirmée (N = 3 « tout à fait d'accord ») et quatre de façon plus modérée (N = 4 « plutôt d'accord »). Toutefois, un participant émet des réserves (N = 1 « plutôt pas d'accord »).

3.2. Ressentis et vécus subjectifs des changements

L'ensemble des participants ayant répondu au questionnaire post-intervention (N = 8) a estimé que la TREB® correspondait à leurs attentes. De plus, tous auraient souhaité avoir eu connaissance de cette approche plus tôt et déclarent la recommander à d'autres adolescents présentant un bégaiement.

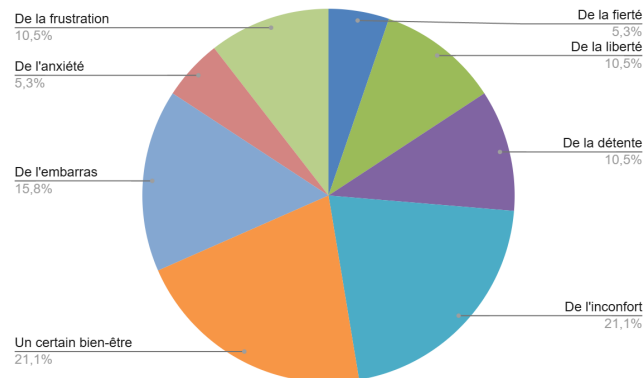


Figure 17. Pourcentage de réponses en fonction du ressenti des répondants lorsqu'ils « Ose bégayer »

Lorsqu'ils sont amenés à « oser bégayer », les adolescents témoignent de ressentis contradictoires. La plupart des participants (21,1 %) rapportent un certain bien-être (N = 4). Toutefois, une autre partie (21,1 %) exprime au contraire un inconfort (N = 4). D'autres émotions, plus nuancées, apparaissent également : des ressentis positifs tels que la détente (N = 2) par 10,5 % des répondants, la liberté (N = 2), ou encore un sentiment de fierté (N = 1), coexistent avec des émotions plus difficiles, comme la frustration (N = 2), l'anxiété (N = 1) ou l'embarras (N = 3) correspondant à 15,8 % des adolescents.

S'identifier comme une personne qui bégaye, et pouvoir le verbaliser auprès des autres, a généré de nombreux effets chez les adolescents. Plus de la moitié d'entre eux ont évoqué un soulagement personnel (N = 5). Dans la même dynamique, une amélioration notable des interactions sociales a été rapportée (N = 5). Par ailleurs, plusieurs autres bénéfices ont été identifiés : quatre participants ont noté une diminution des pensées négatives liées au bégaiement, une amélioration de leur confiance en eux (N = 4), ainsi qu'un déplacement de leur attention, moins centrée sur la peur d'être démasqués, et davantage sur le contenu de leur parole (N = 4). Enfin, un participant a indiqué que le fait d'avoir parlé de son bégaiement lui avait permis d'accéder à un meilleur soutien.

L'expérience de « se laisser bégayer », encouragée dans le cadre de la TREB®, suscite des réactions contradictoires chez les AQB. D'un côté, certains bénéfices sont clairement identifiés : la moitié des participants évoque une libération des tensions corporelles (N = 4), signe d'un relâchement physique lors de la parole et trois adolescents rapportent un renforcement de leur confiance (N = 3). D'autres effets positifs sont mentionnés plus ponctuellement : une amélioration des interactions sociales (N = 2), une meilleure acceptation de soi en tant que personne qui bégaye (N = 2), une diminution des pensées négatives (N = 2), ainsi qu'un soulagement personnel (N = 2). Cependant, l'usage d'une parole spontanée et non contrôlée génère de l'inconfort : une moitié des

répondants mentionne une augmentation de l'anxiété ou du stress lors des moments du bégaiement (N = 4). Enfin, un adolescent a exprimé un sentiment de peur.

À l'issue du questionnaire, les participants ont été invités à partager les difficultés rencontrées au cours de l'accompagnement. La principale difficulté évoquée concerne le dévoilement du bégaiement (N = 5). Dans le prolongement de cette thématique, la peur de prendre la parole ou de faire face à certaines situations sociales a également été soulignée (N = 4). Des adolescents ont mentionné un sentiment de découragement lié à une progression perçue comme lente (N = 3) et un participant a fait état d'un manque de clarté quant aux objectifs (N = 1). Les autres difficultés évoquées portent sur l'acceptation des émotions (N = 2) et la mise en œuvre des recommandations thérapeutiques (N = 2). Enfin, deux adolescents ont rapporté n'avoir rencontré aucune difficulté particulière (N = 2). Malgré les difficultés recensées, aucun AQB n'a envisagé l'arrêt du suivi (N = 8).

Enfin, les adolescents ont été également incités à formuler ce qu'ils ont découvert grâce à la TREB®. Beaucoup ont mentionné des prises de conscience concernant le bégaiement en général, comme les faits : « qu'il existe plusieurs types de bégaiement » ou encore « que ce n'est pas une maladie ». D'autres ont évoqué des découvertes plus personnelles, liées à leur propre bégaiement et aux stratégies pour mieux le gérer : « que je bloquais quand j'utilisais des 'euuuuh' » ou « que prendre son temps m'aide à moins bloquer ».

Discussion

1. Mise en relation des résultats et des hypothèses

1.1. La lutte et les comportements d'évitement

La première hypothèse de cette étude postule que la TREB® pourrait contribuer à une diminution des comportements de lutte et d'évitement, tels que l'évitement de certaines situations sociales ou de mots spécifiques.

1.1.1. La verbalisation du bégaiement

Les données issues des questionnaires administrés avant l'intervention indiquent que la majorité des adolescents interrogés se déclare à l'aise pour évoquer leur bégaiement. Cette observation suggère une certaine capacité à verbaliser leur expérience du bégaiement, malgré la complexité émotionnelle qu'elle peut engendrer. Cette tendance semble se maintenir, voire se renforcer, à l'issue de la TREB®. Toutefois, un participant manifeste une opposition significative, rappelant que, pour certains, le bégaiement demeure un sujet sensible. Ces résultats suggèrent que, bien que la TREB® semble renforcer l'acceptation et la capacité à évoquer le bégaiement pour une majorité, elle n'induit pas une transformation uniforme chez tous les adolescents.

1.1.2. L'évitement des situations sociales

Un consensus émerge quant à la réduction des comportements d'évitement après la TREB®. Cette diminution constitue un indicateur central de l'efficacité de l'approche. En effet, les comportements d'évitement, fréquemment adoptés pour éviter les pensées négatives ou prévenir les blocages, limitent les interactions sociales et renforcent la crainte de s'exprimer. L'analyse des réponses pré et post-intervention révèle un recul progressif des évitements liés aux situations

sociales, suggérant que les adolescents se sentent désormais davantage capables de faire face à des contextes de communication reflétant ainsi une amélioration de la prise de parole. Ceci est en accord avec les attendus de la TREB® et les résultats antérieurs de Sisskin (Sisskin, 2018 ; Sisskin & Goldstein, 2022). Néanmoins, il est important de noter que la fréquence des évitements sociaux dépend principalement des situations rencontrées.

1.1.3. L'utilisation de mot d'appui

D'autres évitements concernant l'utilisation de mot d'appui apparaissent également comme une stratégie largement utilisée par les AQB. Si cette pratique permet temporairement de fluidifier le discours, elle génère un coût cognitif important et réduit la spontanéité de la parole (Craig et al., 2009). Les réponses post-TREB® indiquent une diminution de cette stratégie, bien que le changement demeure progressif et inégal. La persistance de cette forme d'évitement chez certains participants souligne la difficulté à déconstruire des habitudes langagières profondément ancrées et souvent alimentées par la peur. Néanmoins, cette dynamique témoigne d'un cheminement vers une parole plus naturelle et moins contrainte par un besoin de contrôle.

1.1.4. Les tensions corporelles liées au bégaiement

Par ailleurs, la répartition des résultats concernant la présence de tensions physiques liées au bégaiement illustre la diversité des manifestations des symptômes primaires. Cette diversité confirme ce que Smith & Weber (2017) ont mis en évidence, à savoir que les tensions physiques liées au bégaiement varient considérablement d'un individu à l'autre. Ainsi, certaines tensions corporelles semblent plus marquées et envahissantes selon les profils. Après la TREB®, plusieurs adolescents rapportent une atténuation de ces tensions, traduisant possiblement une meilleure gestion corporelle du trouble. Cette évolution pourrait être corrélée à un relâchement des stratégies de lutte ou de contrôle excessif (Healey et al., 2007). Ainsi, la TREB® semble induire chez certains participants un processus de régulation, bien que son ampleur varie selon les individus.

1.1.5. Les stratégies de gestion du bégaiement

Enfin, l'analyse des stratégies de gestion du bégaiement met en évidence une évolution. Avant la TREB®, les participants avaient tendance à adopter des stratégies de contrôle ou d'évitement, souvent au détriment de la qualité de leur communication réduisant ainsi leur participation. Les données post-intervention indiquent un changement vers des stratégies davantage axées sur la régulation du rythme de la parole, voire sur l'acceptation du trouble, avec l'émergence de la stratégie consistant à « laisser sortir le bégaiement ». Ce changement marque un passage d'un modèle centré sur la dissimulation à un modèle davantage centré vers l'autorégulation et l'affirmation. Ainsi, les adolescents semblent progressivement s'engager dans une dynamique plus fonctionnelle et moins anxiogène de gestion de leur bégaiement. Cette évolution fait écho au travail de Wahl & Kalveram (2005), qui soulignent l'impact des stratégies d'acceptation sur le mieux-être communicationnel des adolescents.

La TREB® semble donc favoriser une diminution des comportements de lutte et d'évitement, ce qui tend à valider notre première hypothèse. Toutefois, une certaine prudence demeure nécessaire quant à l'interprétation de ces résultats, en raison des limites méthodologiques de notre étude.

1.2. L'impact de la TREB® sur les dimensions psycho-affectives

La seconde hypothèse postule que la TREB® pourrait contribuer à une amélioration de certains traits de personnalité impliqués dans la communication, notamment en renforçant la confiance en soi, en diminuant l'anxiété, et en atténuant la honte associée au bégaiement.

1.2.1. Une modification de la perception du bégaiement

Une grande majorité des participants estime que la TREB® a permis une évolution de leur perception du bégaiement. Ce changement de regard semble aller au-delà de la simple amélioration des compétences communicationnelles ; il s'agit d'une transformation plus profonde de la représentation du trouble. Le bégaiement, souvent perçu initialement comme un obstacle ou une source de honte, tend à être envisagé, après l'intervention, comme une composante de soi avec laquelle il est possible de vivre plus sereinement. Ce processus de reconstruction identitaire, bien que progressif, est essentiel à l'acceptation (Boyle, 2015). Un seul adolescent se montre réticent, exprimant que cette évolution demeure difficile. Ce témoignage souligne le caractère subjectif et progressif de ce processus de reconstruction, lequel dépend du vécu individuel et des attentes personnelles à l'égard de la thérapie.

1.2.2. Un cheminement vers l'acceptation du trouble

Les données recueillies mettent en évidence un effet positif de la TREB® sur le processus d'acceptation du bégaiement. Les adolescents interrogés rapportent une avancée dans leur cheminement personnel. Certains évoquent une meilleure compréhension de leur fonctionnement, une réduction de la honte souvent associée au bégaiement (Reitzes & Snyder, 2017). Toutefois, l'un d'eux mentionne que cette acceptation demeure partielle, soulignant ainsi que ce cheminement est long et que tous les adolescents n'évoluent pas au même rythme. Ces éléments confirment que l'acceptation du bégaiement s'inscrit dans un processus dynamique et personnel.

1.2.3. L'effet libérateur de la verbalisation du trouble

Plus de la moitié des participants ont décrit un sentiment de soulagement ou de libération lorsqu'ils ont commencé à parler ouvertement de leur bégaiement. Ce dévoilement, souvent évité auparavant, semble être une étape clé du cheminement. Dans la même idée, une amélioration des interactions sociales a été rapportée, suggérant que le fait de nommer ouvertement le bégaiement contribue à réduire la gêne ou la tension souvent associées à la prise de parole. Ces résultats corroborent les conclusions de Reitzes et Snyder (2017), selon lesquelles le fait de parler du bégaiement avec les bonnes personnes favorise des interactions plus positives, notamment en suscitant davantage d'écoute et de soutien. Le fait d'assumer son trouble favorise non seulement une communication plus fluide et naturelle, mais aussi un allègement du poids émotionnel lié au contrôle permanent de la parole. Cette prise de parole affirmée redonne aux AQB un pouvoir d'agir sur leur manière de communiquer et sur leur relation aux autres. En accord avec cette vision, Boyle, (2015) affirme que la révélation du bégaiement peut apporter un soulagement, en atténuant le besoin de dissimuler certains aspects de leur identité. Cette démarche favorise un sentiment d'ouverture et de contrôle. Ces résultats confirment que l'affirmation de soi en tant que personne qui bégaye, loin d'être un signe de faiblesse, peut au contraire devenir un atout majeur pour le cheminement personnel.

1.2.4. Oser bégayer : entre libération et vulnérabilité

Un autre indicateur significatif de l'évolution des postures communicationnelles concerne l'attitude face au bégaiement lui-même. Alors qu'avant la TREB®, environ la moitié des adolescents n'ose pas bégayer, tous déclarent, après l'intervention, se sentir plus libres de le faire. Cette progression indique un changement dans la posture communicationnelle des participants, qui semblent plus enclins à assumer leur bégaiement, sans chercher systématiquement à masquer leur trouble. Toutefois, lorsque les participants sont amenés à « oser bégayer », ils témoignent de ressentis contradictoires, révélant la complexité émotionnelle liée à cette approche. Si certains évoquent des ressentis positifs tels que la détente, la fierté ou le bien-être, d'autres expriment un inconfort, une gêne ou une anxiété face à une parole qui échappe à leur contrôle. Ce paradoxe émotionnel entre apaisement et inconfort illustre la complexité du processus d'acceptation et de changement. Il suggère que « se laisser bégayer » constitue à la fois une libération et une exposition de ses vulnérabilités. Ces résultats témoignent de l'effet libérateur de la TREB® qui, en favorisant une meilleure compréhension du bégaiement et en valorisant une parole naturelle, permet aux adolescents de s'exprimer avec plus de liberté. Oser bégayer, dans ce contexte, devient une phase de transition entre l'évitement et l'acceptation, souvent considérée comme une étape indispensable vers une communication plus fluide et naturelle (Sisskin, 2021).

1.2.5. Le plaisir de communiquer

Indépendamment de l'intervention, la plupart des adolescents interrogés déclare ressentir du plaisir à communiquer, tant avant qu'après la TREB®. Ce constat est particulièrement intéressant dans la mesure où il indique que, malgré la présence d'un trouble de la fluence, le désir d'échanger et de créer du lien reste intact. Si la TREB® ne semble pas avoir radicalement modifié cette opinion, elle a probablement contribué à la consolider, en apportant des outils pour rendre la communication plus spontanée, et moins entravée par l'anticipation. Cette donnée rappelle que l'objectif thérapeutique ne consiste pas qu'à « fluidifier » la parole, mais aussi à préserver, voire renforcer, le rapport positif à la communication.

1.2.6. Renforcement de la confiance en soi

Enfin, l'un des effets les plus marquants relevés dans cette étude concerne l'évolution de la confiance en soi. Avant la TREB®, plusieurs participants rapportent un impact négatif du bégaiement sur leur estime d'eux-mêmes, notamment dans les contextes de prise de parole. Après l'intervention, la majorité d'entre eux indique que leur confiance n'est plus directement affectée par leur trouble. Cette évolution contribue à une posture plus affirmée dans les interactions sociales. Ces résultats mettent en évidence l'intérêt de la TREB® dans une approche globale du bégaiement, intégrant un renforcement positif de l'image de soi. La TREB® semble avoir permis une meilleure affirmation de soi, ce qui se reflète dans une participation plus active (Deci & Ryan, 2000).

Ainsi, la TREB® pourrait contribuer à améliorer certains traits de personnalité liés à la communication, notamment la confiance en soi, ce qui favoriserait le plaisir à communiquer. Cette confiance passe par un changement de perception du bégaiement et une acceptation du trouble, permettant peu à peu d'oser parler du bégaiement et d'oser bégayer afin de parler plus librement.

1.3. Les effets de la TREB® sur la qualité de vie

La troisième et dernière hypothèse de ce travail postule que la TREB® pourrait favoriser une communication plus fluide, naturelle et confortable, participant ainsi à une amélioration de la qualité de vie des adolescents concernés.

1.3.1. L'efficacité communicationnelle

Les réponses des participants à la suite de la TREB® révèlent un renforcement du sentiment d'efficacité dans la communication, alors qu'avant l'intervention, certains expriment une insatisfaction modérée quant à leur capacité à se faire comprendre ou à s'exprimer librement. L'ensemble des adolescents interrogés post-TREB® s'accorde à dire que leur communication s'est améliorée. Cette progression ne se mesure pas seulement en termes de fluence, mais aussi en termes de qualité de l'échange, de confort dans l'interaction et de sentiment de compétence communicationnelle. Elle marque un tournant dans la manière dont les adolescents se positionnent en tant que locuteurs. En accord avec les résultats, l'étude menée par Healey et al. (2007) a révélé qu'un nombre significativement plus élevé de participants préfèrent interagir avec un locuteur reconnaissant son bégaiement, en particulier lorsque ce dernier présente un bégaiement sévère.

1.3.2. La participation scolaire et le rapport à la classe

Le contexte scolaire constitue un environnement particulièrement sensible pour les AQB. Avant la TREB®, les réponses quant à l'impact du bégaiement sur la participation en classe sont partagées, témoignant des vécus hétérogènes. Après l'intervention, une majorité des participants affirme que le bégaiement n'affecte plus leur implication en classe, ou seulement de manière ponctuelle. Cette évolution traduit une revalorisation de leur place en classe malgré le bégaiement, probablement soutenue par une plus grande tolérance personnelle au bégaiement et par une diminution des comportements d'évitement.

En continuité avec cette évolution, la majorité des adolescents déclare que la TREB® les a aidés à prendre la parole de manière plus libre dans un contexte scolaire. Ces ressentis sont en accord avec les autres indicateurs d'acceptation du trouble, notamment la capacité à oser bégayer ou à parler de son bégaiement. La TREB® semble avoir levé certaines contraintes liées à la peur de participer. Toutefois, cette progression est hétérogène, certains adolescents peuvent encore rencontrer des difficultés liées à la pression sociale, au regard des pairs ou aux expériences passées.

En ce qui concerne l'impact perçu du bégaiement sur la réussite scolaire, les réponses pré-TREB® font apparaître des avis divergents. Après l'intervention, une convergence se dessine : tous les participants considèrent désormais que leur trouble n'entrave pas leurs performances académiques. Ce changement suggère que la TREB® a contribué à dissocier le bégaiement de la compétence scolaire. En renforçant leur confiance en leur capacité d'expression, en les aidant à réduire les évitements et à assumer davantage leur parole, l'approche semble avoir favorisé une réappropriation du potentiel académique des AQB, indépendamment de leur fluence.

1.3.3. Les choix d'orientation professionnelle

La question de l'orientation professionnelle représente un enjeu particulièrement sensible chez les AQB. Dans cette étude, les réponses obtenues avant la TREB® révèlent une certaine hétérogénéité dans les perceptions : si certains adolescents affirment que leur bégaiement n'influent

pas sur leurs choix professionnels, d'autres laissent entrevoir une forme de doute ou d'inquiétude quant à leur capacité à exercer certaines fonctions. L'évitement, déjà observé dans les interactions sociales, tend à s'étendre aux choix de vie plus larges, ce qui peut entraver la projection professionnelle. Or, les résultats post-TREB® mettent en évidence un changement de perspective. Aucun des participants ne considère désormais le bégaiement comme un obstacle à son orientation. Ce changement de posture montre que les adolescents ont intégré une distinction essentielle entre performance de communication et compétence professionnelle. Ils semblent moins enclins à réduire leur valeur ou leur potentiel à leur fluence.

1.3.4. Les objectifs concernant le bégaiement

Enfin, l'évolution des objectifs formulés par les adolescents constitue un indicateur sur leur cheminement. Avant la TREB®, l'objectif principal explicité par la majorité des participants est centré sur la disparition du bégaiement. Toutefois, certains d'entre eux expriment déjà des attentes plus nuancées, axées sur la capacité à s'exprimer librement et sans contrainte, y compris en présence du bégaiement. À l'issue de l'intervention, une évolution de ces objectifs est observée. Les AQB ne cherchent plus uniquement à supprimer le bégaiement, mais aspirent davantage à en réduire l'intensité et, surtout, à pouvoir s'exprimer avec aisance, indépendamment des disfluences. Certains vont même jusqu'à formuler le souhait de pouvoir bégayer de manière assumée, signe d'une intégration progressive du trouble dans leur identité personnelle et sociale. Selon Reitzes & Snyder (2017), le plus important c'est de dire ce que l'on a envie de dire, quand on en a envie. Ce changement d'attente traduit une avancée vers une perspective d'adaptation fonctionnelle et d'acceptation. Dès lors, le bégaiement n'est plus perçu exclusivement comme un obstacle à éliminer, mais comme une réalité avec laquelle il est possible de composer de manière apaisée. Cette évolution témoigne d'un cheminement vers une meilleure appropriation du trouble, soutenant une dynamique d'affirmation de soi et de mieux-être global. Comme le souligne Sisskin (2021), la méthode TREB® est un long cheminement. Il s'agit de déconstruire progressivement les schémas cognitifs erronés et de développer des stratégies d'action visant à affronter la peur et la honte associées au bégaiement. Ce travail peut s'avérer long, dans la mesure où ces pensées et croyances sont souvent profondément ancrées. Par ailleurs, ce n'est qu'après une redéfinition de la notion de succès que des progrès pourront être réalisés.

2. Les difficultés rencontrées et les limites

2.1. Les questionnaires

L'analyse des résultats de cette étude doit être envisagée à la lumière de plusieurs limites méthodologiques, en particulier concernant le questionnaire utilisé. Tout d'abord, la sélection et la formulation de certaines questions ont pu restreindre la richesse des données recueillies. Des items plus précis auraient permis d'explorer plus finement les comportements d'évitement, par exemple en distinguant les situations sociales problématiques, le type d'interlocuteur évité, l'usage du téléphone, ou encore les contextes scolaires spécifiques. De même, les tensions corporelles associées au bégaiement auraient mérité une exploration plus détaillée (zones du corps concernées, nature des sensations, fréquence).

Par ailleurs, le taux de complétion complet des questionnaires (15 sur 21 soit 71 % au pré-questionnaire puis 8 sur 15 soit 53,33 % au post-questionnaire) peut s'expliquer par plusieurs

facteurs. D'une part, il est possible que certains répondants n'aient pas eu suffisamment de temps pour terminer l'enquête. D'autre part, certaines questions ont pu être perçues comme complexes, ambiguës, voire sensibles, ce qui aurait pu décourager certains participants à poursuivre leur remplissage jusqu'au bout. Enfin, des interruptions techniques ou des erreurs de manipulation peuvent aussi être à l'origine de réponses incomplètes.

Par ailleurs, dans le cadre de notre étude, la TREB® n'a été évaluée qu'à deux moments distincts. Il serait toutefois pertinent de conduire une recherche longitudinale afin d'examiner les effets de la thérapie sur le long terme et d'obtenir des données complémentaires sur la durabilité de ses bénéfices au fil du temps.

2.2. Les limites méthodologiques

Tout d'abord, la taille réduite de l'échantillon (15 participants au pré-test, 8 au post-test) constitue la principale limite. Elle empêche non seulement la portée des conclusions, mais compromet aussi la validité externe de l'étude. Cette limite est aggravée par une répartition genrée biaisée : l'échantillon exclusivement masculin s'écarte des tendances généralement rapportées dans la littérature, où le ratio est d'environ quatre hommes pour une femme (Bloodstein et al., 2021 ; Smith & Weber, 2017), ce qui réduit la comparabilité avec les recherches antérieures. Un autre point de vigilance concerne le taux de réponse post-intervention. Sur les 15 adolescents ayant répondu au questionnaire pré-TREB®, seuls 8 ont complété le questionnaire après la thérapie. Ce taux de réponse introduit un biais d'attrition, il est donc possible que les résultats soient partiellement influencés par des facteurs de motivation, d'assiduité ou d'expérience perçue positivement.

L'absence de groupe contrôle constitue également une limite méthodologique importante : sans comparaison avec un groupe n'ayant pas bénéficié de la TREB®, il est difficile d'attribuer de manière certaine les effets observés à l'intervention seule, sans l'influence possible d'autres variables externes (maturation, soutien social, évolution scolaire, etc.).

Par ailleurs, le questionnaire repose uniquement sur des données auto-rapportées. Il s'agit d'un outil à visée essentiellement descriptive, qui ne permet pas d'évaluer objectivement les effets de la TREB®, ni de les comparer de manière rigoureuse à d'autres modalités d'intervention. Sans mesures objectives, on ne peut exclure l'effet de biais de désirabilité sociale. De plus, le questionnaire utilisé n'est pas un outil standardisé ou validé psychométriquement, ce qui limite la comparabilité avec d'autres études scientifiques et peut introduire certains biais liés à la formulation des questions ou à l'interprétation des échelles.

2.3. La TREB®

À l'issue du questionnaire, les adolescents ont été invités à exprimer les éventuelles difficultés rencontrées au cours du suivi, soulignant ainsi certaines limites inhérentes à cette approche. La principale contrainte évoquée concerne le dévoilement du bégaiement, souvent perçu comme une étape difficile. Ce processus implique une exposition de soi, remettant en question l'image que l'on souhaite renvoyer, et marqué par la crainte du regard des autres. Cette limite s'inscrit dans une problématique plus large de prise de parole, particulièrement lors de certaines situations sociales. Ces éléments montrent que, malgré les bénéfices potentiels de la TREB®, l'engagement personnel exigé reste considérable. Dans cette même dynamique, plusieurs AQB ont exprimé un sentiment de découragement, notamment lié à une progression jugée lente. Ce ressenti peut être renforcé par un manque de clarté perçu dans les objectifs thérapeutiques.

La difficulté ne réside pas seulement dans l'exposition ou le cadre, mais également dans l'acceptation et l'intégration des émotions. Le passage de la théorie à la pratique, c'est-à-dire la mise en œuvre des stratégies proposées, s'avère complexe pour certains, illustrant la difficulté que représente ce processus de changement. Toutefois, il convient de souligner que deux adolescents n'ont rapporté aucune difficulté particulière, ce qui tend à montrer que la TREB® peut parfaitement convenir à certains profils, lorsqu'il existe une bonne adéquation entre les attentes du patient et les modalités de l'accompagnement.

En somme, les retours des participants révèlent les différentes dimensions sollicitées par la TREB® et rappellent qu'une telle approche nécessite non seulement un engagement actif du patient, mais aussi une posture thérapeutique rigoureuse. La formation des professionnels à cette approche s'avère essentielle, car une mauvaise mise en œuvre, par exemple en forçant des expositions prématurées sans soutien adéquat, peut se révéler contre-productive.

Ces différentes limites soulignent l'importance, pour des recherches futures, d'un protocole plus rigoureux : élargissement de l'échantillon, inclusion d'un groupe contrôle, validation d'outils d'évaluation. Malgré les limites relevées, les résultats de cette étude apportent des perspectives prometteuses sur les effets de la TREB® en matière de réduction des évitements, d'amélioration de la qualité de la communication et de renforcement du bien-être chez les AQB. Pour consolider et élargir ces premiers résultats, il serait pertinent de mener des recherches complémentaires, telles que des études de cas approfondies ou des enquêtes menées sur des échantillons plus larges. Ces futures investigations permettraient non seulement de valider les effets observés, mais également d'enrichir notre compréhension de l'impact réel de cette approche sur le quotidien des AQB.

Conclusion

Ce mémoire avait pour objectif d'évaluer l'apport de la Thérapie de Réduction de l'Évitement du Bégaiement (TREB®) à l'amélioration de la qualité de la prise en soin du bégaiement chez les adolescents. Huit AQB ont participé à cette étude en répondant à deux questionnaires portant sur la fréquence des comportements de lutte et d'évitement, sur la qualité de leur communication avant et après l'intervention ainsi que sur leur ressenti concernant l'approche. Les données qualitatives recueillies ont permis d'analyser l'évolution de leur expérience, de leur ressenti, et les impacts observés sur leur qualité de vie.

Les résultats obtenus suggèrent une amélioration notable du bien-être général des participants. Cette évolution se traduit notamment par une meilleure confiance en soi, une diminution des comportements de lutte ou d'évitement et une implication plus active dans les interactions sociales, en particulier dans le milieu scolaire. Ces avancées semblent étroitement liées à un changement de perception du bégaiement, à une meilleure acceptation du trouble, et un lâcher-prise vis-à-vis de la quête de perfection verbale. Il en résulte une communication plus naturelle et plus authentique.

L'approche proposée par la Thérapie de Réduction de l'Évitement du Bégaiement® (TREB®) semble redéfinir les objectifs classiques de la prise en soin du bégaiement. Les approches traditionnelles privilégient la suppression des symptômes primaires (fluidité, débit). Elles consistent à analyser les types de bégaiement (répétitions, blocages, prolongations), et à utiliser des techniques pour les réduire. La TREB®, quant à elle, propose une prise en soin centrée sur la réduction de l'impact du bégaiement dans la vie quotidienne des patients. Elle vise à normaliser le bégaiement, à libérer la parole plutôt qu'à la « normaliser », en travaillant sur les pensées, émotions et mécanismes d'évitement (situations, mots, prise de parole) qui alimentent la souffrance. Dans cette approche,

l'orthophoniste n'est plus seulement un guide vers une parole fluente, mais devient un accompagnant vers une parole authentique, quelle qu'en soit la forme, permettant une communication plus naturelle, plus assumée et plus vivante.

Ainsi, les objectifs thérapeutiques s'élargissent : il ne s'agit plus uniquement de « mieux parler », mais d'oser parler. Cela implique de prendre la parole en classe, de participer à des échanges de groupe, ou encore d'aborder son trouble avec moins de pensées négatives. Ces objectifs sont concrets, fonctionnels et adaptés à la réalité quotidienne du patient, favorisant une meilleure participation sociale.

Néanmoins, afin de consolider et d'approfondir ces premiers résultats, des recherches complémentaires paraissent nécessaires. Celles-ci pourraient inclure des études de cas détaillées permettant d'étayer davantage les apports de la TREB® dans la prise en soin du bégaiement. Il serait également pertinent de mener des enquêtes sur des échantillons plus larges ou comportant un groupe contrôle, afin de renforcer la validité externe des résultats. Enfin, l'utilisation d'outils d'évaluation dotés de propriétés psychométriques validées permettrait d'accroître la rigueur méthodologique des futures recherches.

Enfin, un mémoire est actuellement en cours afin d'explorer les effets de cette approche chez les enfants, ce qui pourrait permettre d'élargir la compréhension des bénéfices de la TREB® à d'autres tranches d'âge.

Bibliographie

- Albaret, J., Giromini, F., & Scialom, P. (2018). *Manuel d'enseignement de psychomotricité : Tome 4 - Sémiologie et nosographies psychomotrices*. De Boeck Supérieur.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5®: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd.). Elsevier Masson.
- Bagchi, U., & Reddy, K. J. (2021). Therapists' issues in understanding stuttering. *Journal of Patient Experience*, 8. <https://doi.org/10.1177/23743735211062397>
- Blood, G. W., Blood, I. M., Tellis, G. M., & Gabel, R. M. (2003). A preliminary study of self-esteem, stigma, and disclosure in adolescents who stutter. *Journal Of Fluency Disorders*, 28(2), 143-159. [https://doi.org/10.1016/s0094-730x\(03\)00010-x](https://doi.org/10.1016/s0094-730x(03)00010-x)
- Bloodstein, O., & Ratner, N. B. (2008). *A Handbook on Stuttering*. Delmar Thomson Learning.
- Borel, S., Gatignol, P., Gros, A., & Tran, T. M. (2022). *Manuel de recherche en orthophonie*. De Boeck Supérieur.
- Boucand, V. A., & Vincent, E. (2019). *Aider son enfant à parler et communiquer : 50 fiches contre le bégaiement et le bredouillement*. De Boeck Supérieur.
- Boyle, M. P. (2015). The effects of self-disclosure and non-disclosure of stuttering on listeners' perceptions of a person who stutters. *Journal of Fluency Disorders*, 46, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2015.07.001>
- Boyle, M., Milewski, K. M., & Beita-Ell, C. (2018). Disclosure of stuttering and quality of life in people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 58, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2018.10.003>
- Büchel, C., & Sommer, M. (2004). What causes stuttering ? *PLoS Biology*, 2(2), e46. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.0020046>
- Coleman, J. C. (2011). *The nature of adolescence* (4th ed.). Taylor & Francis.
- Craig, A., Blumgart, E., & Tran, Y. (2009). The impact of stuttering on quality of life in adults. *Journal of Fluency Disorders*, 34(2), 61–71. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.05.002>
- Cykowski, M. D., Fox, P. T., Ingham, R. J., Ingham, J. C., & Robin, D. A. (2010). A study of the reproducibility and etiology of diffusion anisotropy differences in developmental stuttering: A potential role for impaired myelination. *NeuroImage*, 52(4), 1495–1504. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2010.05.018>
- Daniels, D. E., & Gabel, R.M. (2004). The impact of stuttering on identity construction. *Topics in Language Disorders*, 24(3), 200–215. <https://doi.org/10.1097/00011363-200407000-00007>
- De Chassey, J., & Brignone, S. (2003). *Thérapie comportementale et cognitive*. Ortho Édition.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Erickson, S., & Block, S. (2013). The social and communication impact of stuttering on adolescents and their families. *Journal Of Fluency Disorders*, 38(4), 311-324. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.09.003>

- Estienne, F., Bijleveld, H. A., & Van Hout, A. (2015). *Les bégaiements : Interprétations, diagnostics, thérapies. 160 exercices*. Elsevier Masson
- Harrison, J. C. (2008). *Redefining stuttering: What the struggle to speak is really all about: A guide to recovery*. National Stuttering Association.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Healey, E. C., Gabel, R. M., Daniels, D. E., & Kawai, N. (2007). The effects of self-disclosure and non self-disclosure of stuttering on listeners' perceptions of a person who stutters. *Journal of Fluency Disorders*, 32(1), 51–69. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2006.12.003>
- Kazenski, D., Guitar, B., McCauley, R. J., Falls, W., & Dutko, L. S. (2014). Stuttering severity and responses to social-communicative challenge in preschool-age children who stutter. *Speech, Language and Hearing*, 17(3), 142–152. <https://doi.org/10.1179/2050572814Y.0000000017>
- Marcelli, D., Braconnier, A., & Tandonnet, L. (2018). *Adolescence et psychopathologie*. Elsevier Health Sciences.
- Monestès, J., Villatte, M., & Loas, G. (2009). Introduction à la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT). *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 19(1), 30–34. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2009.04.003>
- Monfrais-Pfauwadel, M. (2000). *Un manuel du bégaiement*. Solal Éditeurs.
- Monfrais-Pfauwadel, M. M. (2014b). *Bégaiement, bégaiements : Un manuel clinique et thérapeutique*. De Boeck Supérieur.
- Oksenberg, P. (2014). La prise en charge orthophonique du bégaiement chez l'enfant avant 5 ans. *Contraste*, 39(1), 307–326. <https://doi.org/10.3917/cont.039.0307>
- Oslow, M. (2017). Stuttering and its treatment. Eleven lectures. Retrieved from <http://sydney.edu.au/healthsciences/research/centres.shtml>
- Ozowa Latem, J., & Kisaka Mwimbilwa, H. (2023). Retentissement du bégaiement sur l'estime de soi des adolescents scolarisés de Kinshasa. *La Recherche en Éducation*, 28.
- Packman, A., Onslow, M., Richard, F., & Van Doorn, J. (1996). Syllabic stress and variability : A model of stuttering. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 10, 235–263. <https://doi.org/10.3109/02699209608985174>
- Perez, H. R., & Stoeckle, J. H. (2016). Stuttering : Clinical and research update. *PubMed*, 62(6), 479-484. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27303004>
- Perkins, W. R., Rudas, J., Johnson, L., & Bell, J. (1976). Stuttering: Discoordination of phonation with articulation and respiration. *Journal of Speech and Hearing Research*, 19, 509–522. <https://doi.org/10.1044/jshr.1903.509>
- Piérart, B. (2013). *Les bégaiements de l'adulte : Première synthèse des connaissances scientifiques sur le bégaiement*. Primento.
- Piérart, B. (2018). Neuropsychologie du bégaiement. Dans *Mardaga eBooks*. <https://doi.org/10.3917/mard.piera.2010.01>

- Plexico, L. W., Manning, W. H., & Levitt, H. (2009). Coping responses by adults who stutter: Part II. Approaching the problem and achieving agency. *Journal of Fluency Disorders*, 34(2), 108–126. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.06.003>
- Reitzes, P., & Snyder, G. (2017). *Stuttering: Myths, beliefs, and straight talk* [Brochure]. Memphis, TN: Stuttering Foundation of America.
- Rondal, J.-A., & Serron, X. (1982). *Troubles du langage: Bases théoriques, diagnostic et rééducation*. Mardaga.
- Royer, J. (1977). *La personnalité de l'enfant à travers le dessin du bonhomme*. Editest.
- Sheehan, J. G. (1953). Theory and treatment of stuttering as an approach-avoidance conflict. *Journal of Psychology*, 36(1), 27–49. <https://doi.org/10.1080/00223980.1953.9712875>
- Sheehan, J. G. (1968). Stuttering as a self-role conflict. In H. H. Gregory (Éd.), *Learning theory and stuttering therapy*. Northwestern University Press.
- Sheehan, J. G. (1974). *Stuttering: Research and treatment*. Harper and Row.
- Sheehan, V. M., & Sisskin, V. (2001). The creative process in avoidance reduction therapy for stuttering. *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders*, 11(1), 7–11. <https://doi.org/10.1044/ffd11.1.7>
- Simon, A.-M. (2004). Adolescence et bégaiement. *L'Orthophoniste*, 241, 19–26.
- Sisskin, V., & Baer, M. (2016, mars-avril). TREB : Éliminer la lutte contre le bégaiement. *Ortho Magazine (Elsevier)*, 22(123), 14–17.
- Sisskin, V. (2018). Avoidance reduction therapy for stuttering (ARTS®). In B. J. Amster & E. R. Klein (Eds.), *More than fluency: The social, emotional, and cognitive dimensions of stuttering* (pp. 157–186).
- Sisskin, V., & Goldstein, B. (2022). Avoidance Reduction Therapy for School-Age Children Who Stutter. *Seminars In Speech And Language*, 43(02), 147-160. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1742695>
- Sisskin, V. (2021, 4 mars). La TREB par Vivian Siskin [Cours en ligne]. BBF - Bégaiement Bredouillement-Formations Aumont Pendelieu. <https://marinependelieu.podia.com/view/courses/la-treb-par-vivian-siskin/2253829-latreb-par-vivian-skin/7146811-treb-vivian-mp4?wvideo=66t3wy3xs>
- Smith, A., & Weber, C. (2017). How stuttering develops: The Multifactorial Dynamic Pathways Theory. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(9), 2483–2505. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0343
- Starkweather, C. W., & Givens-Ackerman, J. (1997). *Stuttering*. Pro-Ed.
- Van Hout, A., & Estienne, F. (1996). *Les bégaiements : Histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements*. Elsevier Masson.
- Yairi, E., Ambrose, N. G., Paden, E. P., & Throneburg, R. (1996). Predictive factors of persistence and recovery : Pathways of childhood stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 29(1), 51–77. [https://doi.org/10.1016/0021-9924\(95\)00051-8](https://doi.org/10.1016/0021-9924(95)00051-8)
- Yaruss, J. S., Lee, J., Kikani, K. B., Leslie, P., Herring, C., Ramachandar, S., Tichenor, S., Quesal, R. W., & McNeil, M. R. (2017). Update on Didactic and Clinical Education in Fluency Disorders

: 2013–2014. *American Journal Of Speech-Language Pathology*, 26(1), 124-137.
https://doi.org/10.1044/2016_ajslp-15-0154

Wahl, M., & Kalveram, K. T. (2005). Self-reported stress and personality traits in stuttering adolescents. *Journal of Fluency Disorders*.

Zibelman, R. (1982). Avoidance-Reduction Therapy for Stuttering. *American Journal of Psychotherapy*, 36(4), 489–496. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1982.36.4.489>

Sites internet consultés :

Association Parole-Bégalement. (2023). *Association Parole-Bégalement*. Consulté plusieurs fois, à l'adresse <https://www.begalement.org/>

OpenAI. (2025). ChatGPT (version GPT-4) [Modèle d'intelligence artificielle]. Consulté plusieurs fois, à l'adresse <https://chat.openai.com>

Pendeliau, M. (s.d.). *TREB – Marianne Baille – Flou1 [Vidéo]*. Podia. Consulté le 05 avril 2025
<https://marinependelieu.podia.com/view/courses/treb-marianne-baille-barrelle/956922-replay/2886463-treb-marianne-baille-flou1-mp4>

Sisskin Stuttering Center. (2017). Arts Therapy Overview. Consulté plusieurs fois, à l'adresse <https://www.sisskinstutteringcenter.com/articles/arts-therapy-overview>

Liste des annexes

Annexe n°1 : Questionnaire pré-TREB®

Annexe n°2 : Questionnaire post-TREB®

Annexe n°3 : Flyer informatif questionnaire post-TREB®

Annexe n°4 : Tableau présentant les caractéristiques détaillées de l'échantillon

L'apport de la Thérapie de Réduction de l'Évitement du Bégaiement (TREB®) dans la prise en soin du bégaiement chez les adolescents

Discipline : orthophonie

Ophélie WALIGOVA

Résumé :

Le bégaiement est une perturbation du rythme de la parole entravant la communication. Après avoir exposé ses aspects théoriques et souligné l'importance de la période critique de l'adolescence, nous nous concentrerons sur l'approche de la TREB®. L'objectif de ce mémoire est d'évaluer l'apport de la Thérapie de Réduction de l'Évitement (TREB®) dans la prise en soin du bégaiement chez l'adolescent. Nous avons conçu deux auto-questionnaires, administrés avant et après la thérapie, visant à évaluer la fréquence des comportements d'évitement et de lutte, ainsi que la qualité de la communication. L'objectif était d'analyser leur impact sur la participation des répondants et le ressenti des patients. Ces questionnaires ont été soumis à huit adolescents présentant un bégaiement et bénéficiant d'un suivi orthophonique intégrant la TREB®. Les données recueillies semblent encourageantes : elles suggèrent une diminution des comportements d'évitement et de lutte, une amélioration de la communication et une participation plus active. Les adolescents décrivent une expérience positive, marquée par une meilleure perception et acceptation du bégaiement témoignant d'un processus de changement. Les limites méthodologiques et les implications de ces résultats sont discutées en fin d'exposé.

Mots-clés : Bégaiement – Thérapie de Réduction de l'Évitement du Bégaiement® – Adolescent

Abstract :

Stuttering is a speech rhythm disorder that hinders communication. After presenting its theoretical aspects and emphasising the importance of the critical period of adolescence, we will focus on the ARTS® approach. The aim of this thesis is to evaluate the contribution of Avoidance Reduction Therapy for stuttering (ARTS®) in the treatment of stuttering in adolescents. We designed two self-administered questionnaires, administered before and after therapy, to assess the frequency of avoidance and struggle behaviours, as well as the quality of communication. The objective was to analyse their impact on the respondents' participation and the patients' feelings. These questionnaires were submitted to eight adolescents with stuttering who were receiving speech therapy incorporating ARTS®. The data collected seem encouraging: they suggest a decrease in avoidance and struggle behaviours, an improvement in communication and more active participation. The adolescents describe a positive experience, marked by a better perception and acceptance of stuttering, reflecting a process of change. The methodological limitations and implications of these results are discussed at the end of the presentation.

Keywords : Stuttering – Avoidance Reduction Therapy for Stuttering® (ARTS®) – Teenager

MEMOIRE dirigé par **Rachel HALIMI** et **Christine VENEL**

Lille – 2025