

CFUO de Lille

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



ANNEXES

DU PROJET MEMOIRE

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

Ophélie WALIGOVA

**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

Annexe 1 : Questionnaire pré-TREB®



Bonjour,

Je suis Ophélie Waligova, étudiante en 5ème année d'orthophonie à l'Université de Lille.

Dans le cadre de ma mémoire de fin d'étude, encadré par mesdames Rachel Halimi (enseignante & orthophoniste) et Christine Venel (orthophoniste), je réalise un questionnaire sur la Thérapie de Réduction des Evitements chez les présentant des personnes un Bégaiement (TREB®). Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour mais d'évaluation l'apport de la TREB® dans la prise en soin du bégaiement chez l'adolescent et son impact dans la pratique orthophonique chez les professionnels formés.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être des adolescents (12-18ans) présentant un bégaiement et suivant cette méthode.

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 5 à 7 minutes seulement !

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de rectification.

Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire.

Merci à vous !

Partie A: A propos de vous

A1. Vous êtes :

Féminin

Masculin

A2. Quel âge avez-vous ?

12

13

14

15

16

17

18

A3. Votre bégaiement est plutôt :

Ouvert

Masqué

Non concerné

A4. Durée depuis laquelle vous bégayez :

Moins de 1 an

1 à 3 ans

3 à 5 ans

Plus de 5 ans

Partie B: Prise en soin orthophonique avant la TREB

B1. Avant cette prise en soin en TREB®, avez-vous déjà bénéficié d'un ou de plusieurs suivis orthophoniques ?

Oui

Non

B2. Si nous mettions bout-à-bout tous ces suivis, cela représenterait combien de temps ? Précisez en "X semaines" ou "X mois" ou "X années"

B3. Pouvez-vous préciser de quel(s) type(s) de prise en soin vous avez bénéficié ?

Programme Lidcombe

Programme Camperdown

	Techniques de fluence	<input type="checkbox"/>		
	Thérapie ERASM	<input type="checkbox"/>		
	TCC (Thérapie Cognitivo-Comportementale)	<input type="checkbox"/>		
	ACT (Thérapie d'Acceptation et d'Engagement)	<input type="checkbox"/>		
	Autre	<input type="checkbox"/>		
	Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>		
B4.	Vous osez bégayer.			
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B5.	Vous vous sentez à l'aise pour parler de votre bégaiement.			
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B6.	Vous ressentez de la fierté lorsque vous osez laisser les moments de bégaiement.			
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B7.	Votre communication vous paraît efficace.			
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B8.	Vous prenez plaisir à communiquer.			
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B9.	Votre bégaiement affecte votre participation en classe.			
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas du tout d'accord	Pas du tout d'accord
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B10.	Le bégaiement a un impact négatif sur votre scolarité.			
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B11.	Votre bégaiement peut avoir un impact sur votre choix d'orientation professionnelle.			
	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B12.	A quelle fréquence évitez-vous une situation sociale à cause de votre bégaiement ?			
	Toujours	<input type="checkbox"/>		
	Parfois	<input type="checkbox"/>		
	Rarement	<input type="checkbox"/>		
	Jamais	<input type="checkbox"/>		
B13.	A quelle fréquence ressentez-vous de la tension physique lorsque vous bégayer ?			
	Toujours	<input type="checkbox"/>		
	Parfois	<input type="checkbox"/>		
	Rarement	<input type="checkbox"/>		
	Jamais	<input type="checkbox"/>		
B14.	A quelle fréquence votre bégaiement affecte-t-il votre confiance en vous ?			
	Toujours	<input type="checkbox"/>		
	Parfois	<input type="checkbox"/>		
	Rarement	<input type="checkbox"/>		
	Jamais	<input type="checkbox"/>		
B15.	A quelle fréquence utilisez-vous des mots d'appui lors de votre communication ?			
	Toujours	<input type="checkbox"/>		
	Parfois	<input type="checkbox"/>		
	Rarement	<input type="checkbox"/>		
	Jamais	<input type="checkbox"/>		
B16.	Quelles stratégies utilisez-vous pour gérer votre bégaiement dans les situations difficiles ? (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)			
	Respirer profondément	<input type="checkbox"/>		
	Parler plus lentement	<input type="checkbox"/>		
	Faire des pauses	<input type="checkbox"/>		

	Eviter de parler <input type="checkbox"/>
	Utiliser des techniques apprises en séance <input type="checkbox"/>
	Autre <input type="checkbox"/>
Autre	<input type="text"/>
B17. L'objectif à atteindre concernant votre bégaiement est :	
	S'exprimer librement malgré le bégaiement <input type="checkbox"/>
	Exprimer ses pensées sans craindre le bégaiement <input type="checkbox"/>
	Parler lors d'une situation inconfortable <input type="checkbox"/>
	Dire tout ce que je veux <input type="checkbox"/>
	Réduire l'intensité/ fréquence du bégaiement <input type="checkbox"/>
	Bégayer ouvertement <input type="checkbox"/>
	Arrêter de bégayer <input type="checkbox"/>
	Autre <input type="checkbox"/>
Autre	<input type="text"/>
Partie C: Attentes vis-à-vis de la TREB	
C1. Avez-vous des attentes vis-à-vis de la TREB@ ?	
	Oui <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>
C2. Quelles sont vos attentes ?	
	Réduire les pensées négatives/ l'anxiété liées au bégaiement <input type="checkbox"/>
	Réduire les moments de bégaiement <input type="checkbox"/>
	Réduire les comportements d'évitement <input type="checkbox"/>
	Réduire le sentiment de honte <input type="checkbox"/>
	Etre plus à l'aise dans la communication <input type="checkbox"/>

	Comprendre plus facilement son bégaiement <input type="checkbox"/>
	Accepter son bégaiement <input type="checkbox"/>
	Aucune attente <input type="checkbox"/>
	Autre <input type="checkbox"/>
Autre	<input type="text"/>
Merci pour l'intérêt que vous avez porté à cette étude et aux réponses précieuses que vous nous apportez.	

Annexe 2 : Questionnaire post-TREB®

Directrice du mémoire : Christine Venel, Orthophoniste et initiée à la TREB®,
cvenel@gmail.com & Rachel Halimi, Orthophoniste & Enseignante,
rachel.halimi@gmail.com

Étudiante : Ophélie Waligova, étudiante en Master 2 Orthophonie – Centre de
Formation Universitaire d'Orthophonie, Université de Lille, UFRS3,
ophelie.waligova.etu@univ-lille.fr

Madame, Monsieur,

Je suis Ophélie Waligova, étudiante en 5ème année d'orthophonie à l'Université de
Lille.

Dans le cadre de mon mémoire, encadré par mesdames Rachel Halimi (Enseignante
& orthophoniste) et Christine Venel (orthophoniste), nous vous proposons de
participer à un recueil de données concernant la thérapie de réduction des évitements
(TREB®).

Nous recherchons des orthophonistes formés(e)s à cette thérapie ainsi que plusieurs
adolescents (12-18ans) présentant un bégaiement et suivant cette méthode pour
répondre à notre questionnaire anonyme . Je vous propose de remplir le
questionnaire post-TREB®. Il devra être rempli à la fin de la thérapie ou environ 10
semaines après le questionnaire pré-TREB®. L'objectif étant de comparer les
réponses obtenues aux deux questionnaires (pré et post-TREB®) afin d'observer
l'impact de la TREB® dans la prise en soin du bégaiement chez les adolescents. Vous
pouvez choisir de participer ou non à cette collecte de données. Si vous souhaitez
participer, vous êtes libre d'interrompre votre participation à tout moment.

L'objectif de l'étude : Cette étude a pour objectif d'évaluer l'apport de la TREB®
dans la prise en soin du bégaiement chez l'adolescent et son impact dans la pratique
orthophonique chez les professionnels formés.

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses
droits d'accès aux données, droit de retrait ou de rectification. Attention à ne pas
indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une personne dans
les champs à réponse libre. Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas
préservé.

Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de
la soutenance du mémoire.

Partie A: Questions générales

A1. Quel âge avez-vous ?

12

13

14

15

16

17

18

A2. Votre bégaiement est plutôt :

Ouvert

Masqué

Partie B: Ressentis post-TREB®

B1. Vous osez bégayer

Ceci est un texte d'aide pour la question.

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Plutôt pas d'accord

Pas du tout d'accord

B2. Vous vous sentez à l'aise pour parler de votre bégaiement ?

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Plutôt pas d'accord

Pas du tout d'accord

B3. Lorsque vous osez laisser les moments de bégaiement, vous ressentez

:

de la fierté

de la peur

de la liberté

de la détente

	de l'inconfort <input type="checkbox"/>
	un certain bien-être <input type="checkbox"/>
	de l'embarras <input type="checkbox"/>
	de l'anxiété <input type="checkbox"/>
	de la frustration <input type="checkbox"/>
	Autre <input type="checkbox"/>
	Autre
	<input type="text"/>
B4. Votre communication vous paraît efficace.	Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/>
	Plutôt d'accord <input type="checkbox"/>
	Plutôt pas d'accord <input type="checkbox"/>
	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/>
B5. Vous prenez plaisir à communiquer.	Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/>
	Plutôt d'accord <input type="checkbox"/>
	Plutôt pas d'accord <input type="checkbox"/>
	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/>
B6. Vous vous sentez libre de bégayer.	Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/>
	Plutôt d'accord <input type="checkbox"/>
	Plutôt pas d'accord <input type="checkbox"/>
	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/>
B7. Votre bégaiement affecte votre participation en classe.	Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/>
	Plutôt d'accord <input type="checkbox"/>
	Plutôt pas d'accord <input type="checkbox"/>
	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/>

B8. Le bégaiement a un impact négatif sur votre scolarité.	Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/>
	Plutôt d'accord <input type="checkbox"/>
	Plutôt pas d'accord <input type="checkbox"/>
	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/>
B9. Votre bégaiement peut avoir un impact sur votre choix d'orientation professionnelle.	Tout à fait d'accord <input type="checkbox"/>
	Plutôt d'accord <input type="checkbox"/>
	Plutôt pas d'accord <input type="checkbox"/>
	Pas du tout d'accord <input type="checkbox"/>
B10. A quelle fréquence évitez-vous une situation sociale à cause de votre bégaiement ?	Toujours <input type="checkbox"/>
	Parfois <input type="checkbox"/>
	Rarement <input type="checkbox"/>
	Jamais <input type="checkbox"/>
B11. A quelle fréquence ressentez-vous de la tension physique lorsque vous bégayer ?	Toujours <input type="checkbox"/>
	Parfois <input type="checkbox"/>
	Rarement <input type="checkbox"/>
	Jamais <input type="checkbox"/>
B12. A quelle fréquence votre bégaiement affecte-t-il votre confiance en vous ?	Toujours <input type="checkbox"/>
	Parfois <input type="checkbox"/>
	Rarement <input type="checkbox"/>
	Jamais <input type="checkbox"/>

B13. A quelle fréquence utilisez-vous des mots d'appui lors de votre communication ?

Toujours

Parfois

Rarement

Jamais

B14. Quelles stratégies utilisez-vous pour parler dans les situations difficiles ? (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

Respirer profondément

Parler plus lentement

Faire des pauses

Eviter de parler

Utiliser des techniques apprises en séance

Aucune stratégie

Autre

Autre

B15. L'objectif à atteindre concernant votre bégaiement est :

S'exprimer librement malgré le bégaiement

Exprimer ses pensées sans craindre le bégaiement

Parler lors d'une situation inconfortable

Dire tout ce que je veux

Réduire l'intensité/ fréquence du bégaiement

Bégayer ouvertement

Arrêter de bégayer

Autre

Autre

Partie C: Concernant la TREB®

C1. Combien de temps avez-vous suivi la TREB® ?

Moins de 1 mois

1 à 3 mois

3 à 6 mois

Plus de 6 mois

Autre

Autre

C2. La thérapie correspond-t-elle à vos attentes ?

Oui

Non

C3. Est-ce que vous auriez aimé connaître cette thérapie avant ?

Oui

Non

C4. Recommanderiez-vous la TREB® à d'autres adolescents qui bégayent ?

Oui

Non

C5. Vous avez remarqué une diminution des situations que vous évitez en raison de votre bégaiement.

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Plutôt pas d'accord

Pas du tout d'accord

C6. La TREB® a modifié votre perception de votre propre bégaiement ?

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Plutôt pas d'accord

Pas du tout d'accord

C7. La TREB® vous a aidé à accepter votre bégaiement ?

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Plutôt pas d'accord

Pas du tout d'accord

C8. La TREB® vous a aidé à parler librement en classe :

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Plutôt pas d'accord

Pas du tout d'accord

C9. Qu'est-ce que vous a apporté le fait de dire que vous bégayer ?

Soulagement personnel

Diminution des pensées négatives liées au bégaiement

Focalisation sur la parole plutôt que sur la peur d'être démasqué

Acceptation de soi comme personne qui bégaye

Amélioration des interactions sociales

Renforcement de la confiance

Accès à un soutien approprié

Stigmatisation

Aucun bénéfice

Autre

Autre

C10. Qu'est-ce que vous a apporté le fait de "vous laisser bégayer" ?

Soulagement personnel

Diminution des pensées négatives liées au bégaiement

Acceptation de soi comme personne qui bégaye

Amélioration des interactions sociales

Renforcement de la confiance

Libération des tensions corporelles

Peur

Anxiété/ stress

Autre

Autre

C11. Qu'est-ce qu'il vous a semblé compliqué lors de cette prise en soin ?

Dévoiler le bégaiement

Accepter ses émotions

L'engagement lié à la thérapie

Confronter sa peur liée à la parole ou à des situations

Déconstruire les habitudes d'évitements

Découragement lié à une progression lente

Manque de progrès visible

Objectifs à court terme mal définis

Manque de personnalisation

Difficultés à suivre les recommandations du thérapeute

Utilisation de techniques variées (TCC, relaxation, exercices de fluence)

Manque de soutien de la part de l'entourage

Autre <input type="checkbox"/>	
Autre	
<input type="text"/>	
C12. Avez-vous déjà envisagé d'arrêter le suivi ?	Oui <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>
C13. Avez-vous ressenti une amélioration dans d'autres domaines grâce à la TREB ?	Oui <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>
C14. Qu'est-ce qui vous a manqué dans cette approche ?	
<input type="text"/>	
C15. Y a-t-il des domaines dans lesquels vous aimeriez voir plus d'améliorations ou de soutien ?	
<input type="text"/>	
C16. Qu'avez-vous découvert que vous ne saviez pas avant ?	
<input type="text"/>	

C17. Avez-vous d'autres commentaires ou souhaits concernant l'apport de la Thérapie de Réduction de l'Évitement dans la prise en soin de votre bégaiement ?
<input type="text"/>
Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire ! Vos réponses sont précieuses et contribueront à mon étude.
Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : ophelie.waligova.etu@univ-lille.fr

Annexe 3 : Flyer informatif questionnaire post-TREB®

**QUESTIONNAIRE
POST-TREB**

Si vous avez répondu au questionnaire pré-TREB,
vous êtes convié.es à répondre à ce questionnaire :

<https://oph--iew.limesurvey.net/467446?lang=fr>

Il dure 10 à 15 minutes

J'ai eu 15 réponses complètes en pré-TREB, je compte sur vous pour le post !!

Mémoire orthophonique
WALIGOVA Ophélie

Encadré par Christine VENEL
et Rachel HALIMI

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

Caractéristiques	Catégories	Effectifs	Pourcentage (%)
Genre (N=8)	Homme	8	100
	Femme	0	0
Age (N=8)	12 ans	2	25
	13 ans	0	0
	14 ans	0	0
	15 ans	3	37,5
	16 ans	2	25
	17 ans	1	12,5
Type de bégaiement (N=8)	Ouvert	8	100
	Masqué	0	0
Prise en soin orthophonique antérieure (N=8)	Oui	6	75
	Non	2	25
Durée de la prise en soin antérieure (N=8)	6 mois	1	12,5
	1 an	1	12,5
	2 ans	2	25
	4 ans	1	12,5
	7 ans	1	12,5
	Pas de réponse	2	25
Type de prise en soin antérieure (N=8)	Techniques de fluence	3	37,5
	Thérapie ERASM®	1	12,5
	TCC®	2	25
	ACT®	1	12,5
	Autre	2	25
	Je ne sais pas	3	37,5
Durée de suivi TREB®	1 à 3 mois	1	12,5
	3 à 6 mois	5	62,5
	Plus de 6 mois	2	25

