

Bégaiement chez le jeune enfant :

Données préliminaires sur l'implémentation du programme Lidcombe en clinique francophone

A.L. Leclercq, J. Kister

Anne-Lise Leclercq, Chargée de cours adjointe à l'Unité de Logopédie Clinique de l'Université de Liège, Belgique

Julie Kister, Université de Liège, Belgique

Correspondance : Anne-Lise Leclercq, 30 rue de l'Aunaie, B.38, 4000 Liège, Belgique. Email : al.leclercq@ulg.ac.be

Résumé

Cet article présente les résultats préliminaires de l'efficacité du programme Lidcombe auprès de patients francophones. L'objectif est de poser une réflexion quant à son applicabilité dans un contexte réel de pratique clinique, d'en présenter l'impact auprès de différents types de patients et de discuter des possibles principes actifs de la méthode.

Mots-clés : bégaiement, traitement, enfants d'âge préscolaire, programme Lidcombe, efficacité

Abstract

This paper presents preliminary results of the Lidcombe program on French stuttering preschool children. The purpose is to assess its effectiveness in regular clinical contexts, with various profiles of children, and to discuss the possible treatment mechanisms.

Keywords : stuttering, therapy, preschool children, Lidcombe program, effectiveness

Introduction

Dans le cadre de la prise en charge du jeune enfant, la mise en place d'une intervention en cas de bégaiement a longtemps fait débat, notamment à cause de l'important pourcentage de patients qui récupèrent spontanément (environ 70% ; notamment Yairi & Ambrose, 1999). Néanmoins, depuis plusieurs années, l'importance d'une prise en charge précoce fait consensus au niveau international et le programme Lidcombe s'est progressivement imposé comme une méthode dont l'efficacité a été soutenue par des données scientifiques à plusieurs reprises répliquées. Outre l'équipe australienne à l'origine de cette méthode (notamment, Jones et al., 2005), de nouvelles recherches ont attesté son efficacité auprès de jeunes enfants anglophones (Miller & Guitar, 2009), allemands (Lattermann et al., 2008) et suédois (Femrell, Avall, & Lindström, 2012). Cependant, jusqu'à présent, aucune étude n'a mis en évidence son applicabilité auprès de patients francophones dans le cadre des contraintes de la clinique. Or, ces résultats sont issus de recherches très cadrées, suivant un protocole extrêmement strict qu'il peut paraître difficile d'appliquer dans notre pratique quotidienne, face aux réalités du terrain. C'est la différence entre l'*efficacy* et l'*effectiveness* d'une intervention. L'*efficacy* fait référence à la capacité de l'intervention à produire les résultats escomptés dans des circonstances idéales, alors que l'*effectiveness* fait référence à sa capacité à produire les résultats escomptés dans des circonstances réelles de pratique clinique (Godwin et al., 2003). Jusqu'à présent, les études publiées portent sur un grand nombre d'enfants, mais on sait peu de leurs particularités, leurs progressions propres et les problèmes éventuellement rencontrés avec la mise en place du programme. Comme le souligne Hayhow (2011), il est important de chercher à comprendre pourquoi le programme marche mieux avec certains enfants qu'avec d'autres si nous sommes amenés à l'utiliser avec un grand nombre de patients, afin de reconnaître d'éventuels profils requérant certains ajustements.

Le programme Lidcombe est basé sur des principes comportementaux de renforcement directement lié à la parole. Dans un premier temps, c'est la parole fluente qui est encouragée verbalement. Ensuite, le programme passe progressivement à des demandes d'identification puis d'autocorrection des dysfluences, tout en veillant à continuer à renforcer les épisodes de parole fluente. Les parents sont au cœur de la thérapie : des visites hebdomadaires sont organisées au cabinet de l'orthophoniste qui leur montre comment administrer les renforcements verbaux et comment structurer la parole de l'enfant afin de limiter les bégayages. Le parent est ensuite invité quotidiennement à les appliquer (d'abord dans une situation de parole cadrée, puis progressivement dans des situations de vie quotidienne) et à noter l'évolution globale de la parole de l'enfant sur une échelle de sévérité du bégaiement. Une fois atteint un niveau très faible de dysfluences, le programme propose une phase de stabilisation où les rencontres avec l'orthophoniste s'espacent.

Dans l'étude menée par Aumont Boucand et Stuyvaert (2014), différentes orthophonistes rencontrent des difficultés liées à la mise en place du programme qui nécessite une certaine rigueur. Elles évoquent notamment un manque d'implication des parents, ainsi qu'une incompatibilité avec l'emploi du temps ou la gestion de la fratrie.

Notre étude préliminaire porte sur l'évaluation de l'efficacité du programme lorsqu'il est appliqué dans des conditions réelles de pratique clinique. Nous nous inscrivons ici dans l'étape finale du développement de *'Evidence-based for treatment'* telle que décrite par Hayhow (2011), c'est-à-dire l'étude de l'efficacité d'un traitement dans un contexte clinique réel, en discutant les difficultés liées par exemple au respect du protocole, à l'implémentation ou à la compliance du patient. Nous nous baserons sur les critères établis par Bothe (Bothe, Davidow, Bramlett, & Ingham, 2006) dans sa revue systématique pour considérer que le traitement est efficace : d'une part, la fréquence des bégayages doit être inférieure à 5% à la fin de la prise en charge et d'autre part, ces progrès doivent être maintenus 6 mois après l'arrêt du traitement.

Résultats préliminaires

Nous avons mis en place le programme Lidcombe dans des conditions réelles de pratique clinique (à la Clinique Psychologique et Logopédique de l'Université de Liège, Belgique) auprès de quatre enfants âgés de 3 ans 2 mois à 4 ans 10 mois (2 garçons et 2 filles), bégayant depuis plus de 6 mois sans discontinuité, sans histoire familiale de bégaiement. Le pourcentage de syllabes bégayées, la durée moyenne des 3 plus longues dysfluences et le nombre total des comportements parasites ont été relevés avant la prise en charge, un mois et demi à deux mois après le début de la prise en charge, à la fin de la 1^e phase de traitement, à la fin de prise en charge et un an après l'arrêt du programme pour les enfants l'ayant terminé. Les séances de rencontre avec l'orthophoniste duraient généralement 30 minutes, elles étaient donc un peu plus courtes que ce qui est généralement proposé par le programme (Packman et al., 2011).

L.H. est âgée de 3 ans 4 mois au début du programme. Elle a présenté un bégaiement pendant un ou deux mois vers ses deux ans puis, après plusieurs mois sans bégaiement, elle bégaye à nouveau depuis plus de 6 mois sans discontinuité. Le bilan langagier présente des performances dans la norme des enfants de son âge, hormis en production phonologique pour laquelle on observe un retard. La parole de L.H. présente des dysfluences de type répétitions de sons, de syllabes et prolongations. Le pourcentage de syllabes bégayées (%SB) est de 17,3% au début du traitement et les plus longues dysfluences observées sont de 1,9 secondes. Après 8 séances du programme, le %SB est passé à 7,5%. Les séances ont été espacées un peu prématurément, suite aux congés scolaires et aux départs en vacances. Malgré tout, la consigne a été donnée aux parents de continuer à administrer

quotidiennement les renforcements tels qu'ils avaient été appris. A la 11^e séance, nous observons que les dysfluences persistent de manière systématique sur les mots phonologiquement complexes, sans plus d'amélioration depuis plusieurs semaines. Nous décidons donc d'introduire un travail de la phonologie, toujours en collaboration avec le parent, via une approche de type *Core Vocabulary* (Crosbie, Holm & Dodd, 2005) : les mots complexes, fréquemment utilisés et systématiquement bégayés, sont sélectionnés avec le parent et travaillés quotidiennement à la maison. Ce travail a permis une belle amélioration de la phonologie et de lever les derniers freins à l'évolution des dysfluences : au bout de 15 séances, le % de SB de L.H. est de 1,4% et le score global au test standardisé d'évaluation des dysfluences *Stuttering Severity Instrument – IV* (SSI-IV, Riley, 2008) est passé de 23 (soit un bégaiement que l'on peut qualifier de « modéré ») à 5 (soit un bégaiement « très léger »). Quinze séances ont donc constitué le programme de traitement de L.H. des espacements ont été introduits au bout de 5 séances et la prise en charge aura duré 11 mois. Après un an d'arrêt du programme, les parents ne notent aucune rechute et le % SB est de 0.8%. La Figure 1 illustre l'évolution du %SB pour les 4 enfants avant le début de la prise en charge, à la fin du programme et un an après l'arrêt du programme (pour deux des enfants seulement).

<Insérer la Figure 1 ici>

L.G. est âgé de 3 ans 2 mois au début du programme. Il présente un bégaiement depuis plus de 9 mois sans discontinuité. Le bilan langagier révèle des performances dans la norme des enfants de son âge ou supérieure à celle-ci, pour tous les niveaux évalués. La parole de L.G. présente des dysfluences de type répétition de syllabes et prolongations. Le %SB est de 9% au début du traitement et les plus longues dysfluences observées atteignent 6 secondes. Quelques grimaces faciales sont également observées quand les dysfluences se prolongent. Dix-neuf rencontres ont été nécessaires à l'accomplissement du programme ; la phase 2 a été introduite au bout de 14 séances et la prise en charge aura duré 9 mois. A la fin de la prise en charge, le %SB de L.G. était de 0,6%, la durée des plus longues dysfluences est passée sous la demi-seconde et on ne relève plus qu'une seule grimace – pour l'œil avisé qui la cherche. Le score global au SSI-IV est passé de 19 (soit un bégaiement « modéré ») à 7 (soit un bégaiement « très léger »). Après un an d'arrêt du programme, les parents ne notent aucune rechute et le % SB est de 0.7%.

J.W. est âgée de 4 ans 5 mois au début du programme. Elle présente un bégaiement depuis plus d'un an sans discontinuité. Le bilan langagier révèle des performances dans la norme des enfants de son âge à tous les niveaux évalués. La parole de J.W. présente des dysfluences de type répétition de mots, de syllabes et des prolongations. Les répétitions de syllabes arrivent parfois en début de mots, mais également très fréquemment à la fin de ceux-ci. J.W. a du mal à regarder son interlocuteur

quand elle parle. Le %SB est de 8,2% au début du traitement et les plus longues dysfluences peuvent atteindre 8 répétitions. J.W. et ses parents ont participé à 15 séances à la clinique. La phase 2 a été introduite au bout de 11 séances et la prise en charge a duré 8 mois. A l'arrêt de la prise en charge, le %SB de J.W. était de 2,8%, la durée des plus longues dysfluences est passée sous la demi-seconde et elle regarde trois fois plus souvent son interlocuteur qu'initialement. Le score global au SSI-IV est passé de 20 (soit un bégaiement « modéré ») à 11 (soit un bégaiement « léger », score limite de « très léger »). L'arrêt s'est fait à la demande des parents qui étaient satisfaits du niveau atteint : ils estimaient que J.W. « s'était vraiment ouverte aux autres » et que sa parole continuait à progresser. Nous nous reverrons dans quelques mois afin d'attester du maintien de ces progrès.

E.F. est âgé de 4 ans 10 mois au début du programme. Il présente un bégaiement depuis 2 ans sans discontinuité. Le bilan langagier révèle des performances supérieures à la norme des enfants de son âge pour tous les niveaux évalués. La parole de E.F. présente des dysfluences de type répétition de mots, de syllabes, blocages silencieux, ainsi que l'utilisation fréquente de *starters* en début de mots. On relève des comportements annexes très développés, avec des protrusions de la langue, des mouvements de sourcils et des tensions au niveau de la gorge lors des bégaiements ou de la préparation à la parole. Il a également commencé à développer des stratégies d'évitement : fuite du regard, refus de parler au téléphone et verbalisation du fait « qu'il en a marre » et « qu'il ne veut pas dire ». E.F. est demandeur de la prise en charge. Le %SB est de 18,8% au début du traitement et les plus longues dysfluences peuvent atteindre 5 à 6 secondes. E.F. et ses parents ont actuellement participé à 24 séances du programme ; la phase 2 a été introduite au bout de 14 séances. Après 12 mois de prise en charge, le %SB de E.F. est de 3,8%, la durée des plus longues dysfluences est passée sous la demi-seconde et on ne relève plus que quelques rares mouvements de tension au niveau de la mâchoire et des sourcils. Le score global au SSI-IV est passé de 24 (soit un bégaiement « modéré ») à 13 (soit un bégaiement « léger »). En outre, il est devenu presque difficile de l'arrêter de parler ; E.F. s'est affirmé, n'est plus gêné par ses bégayages et a même souhaité faire une pause dans la prise en charge car il n'en sentait plus l'utilité. Néanmoins, E.F. garde un niveau de dysfluences supérieur à 3%, seuil proposé par Conture (1990) comme seuil diagnostique du bégaiement.

Discussion

Il est difficile de réaliser des statistiques fiables sur 4 participants. Ces résultats préliminaires doivent être étoffés avec d'autres patients. Néanmoins, il est frappant de constater l'efficacité et la rapidité avec laquelle la parole de ces enfants, qui bégayaient depuis plusieurs mois sans discontinuité, a gagné en fluidité. Les enfants présentent au post-test immédiat un %SB inférieur à 5% et ces performances se maintiennent pour les enfants que nous avons revus 1 an après l'arrêt de la prise en

charge. Nos résultats correspondent donc aux critères d'efficacité définis par Bothe et ses collègues (2006). D'autres indicateurs plus écologiques sont très positifs : tout d'abord, les parents rapportent que l'entourage (membres de la famille, instituteurs, ...) ne remarque plus de bégaiement. Ensuite, tous les parents affirment être tout à fait satisfaits par le niveau de fluence atteint par leur enfant et être très rassurés par rapport à l'évolution de sa parole. Enfin, tous les parents affirment avoir vu une évolution dans le comportement plus général de leur enfant : leur enfant parle plus, prend davantage la parole et va plus vers les autres. Ces derniers indices répondent à une des craintes qui avaient été formulées par rapport au programme Lidcombe : celle de l'impact socio-émotionnel d'un programme qui attire l'attention sur la fluence de la parole chez le jeune enfant, alors que plusieurs courants théoriques suggèrent qu'attirer l'attention du patient sur son bégaiement doit être évité (notamment, Johnson, 1942). Nos observations sont tout à fait concordantes avec celles de Woods et ses collègues (Woods, Shearsby, Onslow, & Burnham, 2002) qui ont montré un impact positif du programme sur le comportement plus global des enfants, tel que mesuré par des questions portant sur l'anxiété, l'inhibition ou l'agressivité. Il est important de préciser que le programme Lidcombe insiste sur la nécessité de veiller à ce que les renforcements soient donnés par les parents de manière sincère, encourageante et positive. En outre, lors de l'introduction de l'identification des bégayages et des autocorrections, le thérapeute doit veiller à ce que le parent maintienne un ratio de renforcements positifs supérieur aux commentaires pouvant être interprétés négativement (par exemple, 5 pour 1).

Comme nous l'avons signalé en introduction, une application rigoureuse du programme peut faire partie des difficultés rencontrées dans sa mise en place. Dans notre étude, les participants ont été très collaborants et ont veillé à proposer quotidiennement l'activité structurée, avec très peu d'écarts à la règle. La stricte régularité de la présence aux séances hebdomadaires a été plus difficile à respecter (notamment lors des vacances scolaires) ce qui nous a parfois amenés à espacer les séances avant que les critères définis pour entrer dans la phase 2 soient rencontrés. Dans ce cas, nous avons tenté de maintenir la fréquence des renforcements en demandant au parent de veiller à continuer à les appliquer quotidiennement. De même, l'interruption des séances n'a pas toujours respecté les critères idéalement définis, mais s'est adaptée à la demande des parents et de l'enfant, comme dans le cas de J.W. et E.F. Un aménagement important a été mis en place pour L.H. : alors que son bégaiement ne progressait plus depuis plusieurs semaines, nous avons décidé de rééduquer ses difficultés phonologiques. Il semble que ce soit la combinaison des deux types de prise en charge qui ait permis chez elle d'amener la disparition des dysfluences. Il se peut donc que le programme Lidcombe ne soit pas suffisant à la disparition du bégaiement chez les enfants avec trouble langagier. Pour E.F. qui présentait le bégaiement le plus sévère avec des comportements annexes très

développés, la prise en charge devient très longue et il se peut qu'elle ne soit pas suffisante à la disparition complète des dysfluences.

Quelle que soit la réalité de la clinique, il est néanmoins important de s'écarter le moins possible du cadre d'efficacité qui nous est proposé par le programme Lidcombe. Selon Aumont-Boucand et Stuyvaert (2014), certaines orthophonistes francophones n'appliqueraient qu'une partie des éléments proposés. Une difficulté est que cette méthode est athéorique et que les ingrédients actifs ne sont par conséquent pas clairement définis. Il est donc important de continuer à essayer de les comprendre afin qu'ils ne soient pas dilués dans les aléas des réalités quotidiennes.

Le programme Lidcombe est basé sur les principes comportementaux de renforcements, directement liés aux productions de l'enfant. Il s'agit principalement de renforcer positivement la parole fluente. Selon la revue systématique de Bothe (Bothe et al., 2006) seules les thérapies appliquant ces principes comportementaux de renforcement de la parole fluente ont pu montrer des gains substantiels qui se maintiennent dans le temps chez les patients de moins de 5-6 ans. D'autres programmes appliquent ces principes, mais le plus développé et le plus connu est le programme Lidcombe. Les mécanismes qui se développent consécutivement à ces renforcements ne sont pas clairs ; ils pourraient être multiples. Hayhow (2011) fait une synthèse des études portant sur l'impact des feedbacks sur la motivation interne et externe. Selon l'auteur, le fait de renforcer la parole fluente peut rendre à l'enfant qui bégaye un sentiment de contrôle de sa parole : on lui demande de faire un peu plus de ce qu'il montre qu'il sait faire. Néanmoins, comme le souligne l'auteur, il est vraisemblable que l'efficacité de cette prise en charge dépende de la personnalité de l'enfant et de sa dépendance à la récompense. Selon Bernstein Ratner et Guitar (2006), l'implication directe du parent dans la prise en charge de son enfant pourrait en outre avoir l'effet positif de diminuer son anxiété en lui rendant un sentiment de compétence et d'efficacité par rapport au bégaiement, vision positive qui sera retransmise à l'enfant via les renforcements.

Paul et Norbury (2012) ont synthétisé les grands principes actifs présents dans les interventions langagières efficaces. Une analyse détaillée montre que tous ces principes sont appliqués dans le programme Lidcombe : l'intensité (administration quotidienne), l'engagement actif de l'enfant et du parent dans la tâche, le feed-back sur la production, le renforcement, la répétition, le recours à la pratique distribuée (avec des périodes courtes – 10 minutes par jour – mais intenses), la spécificité de ce qui est travaillé (on cible les dysfluences, pas le langage en général), le contrôle de la complexité, la minimisation des réponses erronées et l'enracinement progressif du nouvel apprentissage dans les situations quotidiennes (on passe de situations cadrées à des situations de vie quotidienne). Pour beaucoup de ces principes, l'implication des parents en tant que partenaires de

soin est une composante essentielle de la méthode qui rend possible à la fois l'intensité de la prise en charge, mais également une adaptation juste de la méthode à chaque enfant.

Il s'agit bien entendu de résultats préliminaires. Ceux-ci devront être corroborés par l'application de ce programme à un plus grand nombre de patients aux profils divers. La recherche nous offre de plus en plus d'informations sur les traitements qui, à large échelle et dans un contexte de recherche cadré, ont montré leur efficacité. Ces informations sont précieuses pour notre pratique clinique. Notre rôle est de continuer à recueillir des informations sur leur applicabilité, leur fonctionnement et leur efficacité auprès de différents profils d'enfants.

Références

- Aumont Boucan, V., & Stuyvaert, V. (2014). Le programme Lidcombe: Situation en France et en Belgique. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 130, 235-242.
- Bernstein Ratner, N., & Guitar, B. (2006). Treatment of very early stuttering and parent-administrated therapy: the state of the art. In N. Bernstein Ratner and J. Tetnowski (eds), *Current Issues in Stuttering Research and Practice* (Mhwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates), pp. 99-124.
- Bothe, A., Davidow, J., Bramlett, R., & Ingham, R. (2006). Stuttering treatment research 1970-2005: I. Systematic review incorporating trial quality assessment of behavioural, cognitive, and related approaches. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 15, 321-341.
- Conture, E. (1990). *Stuttering* (2nd Ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Crosbie, S., Holm, A. & Dodd, B. (2005). Intervention for children with severe speech disorder: A comparison of two approaches. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 40, 467 – 491.
- Femrell, L., Åvall, M., & Lindström, E. (2012). Two-year follow-up of the Lidcombe Program in ten Swedish-speaking children. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 64(5), 248-53.
- Godwin, M., Ruhland, L., Casson, I., MacDonald, S., Delva, D., Birtwhistle, R., Lam, M., & Seguin, R. (2003). Pragmatic controlled clinical trials in primary care: the struggle between external and internal validity. *British Medical Journal*, 3:28.
- Hayhow, R. (2011). Does it work? Why does it work? Reconciling difficult questions. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 46(2), 155-168.

Johnson, W. (1942). A study of the onset and development of stuttering. *Journal of Speech Disorders*, 7, 251-257.

Jones, M., Onslow, M., Packman, A., Williams, S., Ormond, T., Schwarz, I., & Gebiski, V. (2005). Randomized controlled trial of the Lidcombe Programme of early stuttering intervention. *British Medical Journal*, 331, (7518), 659-661.

Lattermann, C., Euler, H., & Neumann, K. (2008). A randomized control trial to investigate the impact of the Lidcombe Program on early stuttering in German-speaking preschoolers. *Journal of Fluency Disorders*, 33, 52-65.

Miller, B. & Guitar, B. (2009) Long-term outcome of the Lidcombe Program for Early Intervention. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 18, 1-8.

Packman, A., Onslow, M., Webber, M., Harrison, E., Arnott (Lees), S., Bridgman, K., & Carey, B. (2011). *The Lidcome Program of Early Stuttering Intervention Treatment Guide*.

Paul, R., & Norbury, C. (2012). Language disorders from infancy through adolescence. Fourth Edition. ST Louis, Missouri : Elsevier-Mosby.

Riley, G. (2008). Stuttering Severity Instrument, Fourth Edition. Austin, Texas: PRO-ED.

Woods, S., Shearsby, J., Onslow, M., & Burnham, D. (2002). Psychological impact of the Lidcome Program of early stuttering. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 37(1),31-40.

Yairi, E., & Ambrose, N. (1999). Early childhood stuttering I: persistency and recovery rates. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 42, 1097-1112.

Figure 1. Evolution du pourcentage de syllabes bégayées pour chaque participant avant la mise en place du programme Lidcombe, à la fin du programme et un an après l'arrêt du programme

