



N° de mémoire 2599

Mémoire d'Orthophonie

présenté pour l'obtention du

Certificat de capacité d'orthophoniste

Par

VIROLLE Inès

**Effet d'un programme d'accompagnement parental en ligne sur le
sentiment de compétence parentale :**

Intervention auprès de parents d'enfants d'âge préscolaire présentant une
suspicion de trouble de la fluence

Mémoire dirigé par

**ACKOU Capucine
TESTAERT Hugo
PENDELIAU-VERDURAND Marine**

Année académique

2024-2025

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION
DEPARTEMENT ORTHOPHONIE

Directeur ISTR
Pr. Jacques LUAUTÉ

Équipe de direction du département d'orthophonie

Directeur de formation
Solveig CHAPUIS

Coordinateur de cycle 1
Claire GENTIL

Coordinateur de cycle 2
Sékolène CHOPARD

Responsables de l'enseignement clinique
Johanne BOUQUAND
Anaïs BOURRELY
Sékolène CHOPARD
Alice MICHEL-JOMBART

Responsables des travaux de recherche
Mélanie CANAULT
Floriane DELPHIN-COMBE
Claire GENTIL
Nicolas PETIT

Responsables de la formation continue
Johanne BOUQUAND

Responsable du pôle scolarité
Véronique VILLALON

Secrétariat de scolarité
Catherine DAVASSOU
Marina GARNIER
Alison RIVIERE

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. LINA Bruno

Vice-président CA
Mme CHARLES Sandrine

Vice-président CFVU
Mme CHEMELLE Julie-Anne

Vice-président CR
M. Arnaud BRIOUDE
Délégué de la Commission Recherche
Secteur Santé

Directeur Général des Services
M. ROLLAND Pierre

1 Secteur Santé

U.F.R. de Médecine Lyon Est Doyen
Pr. RODE Gilles

U.F.R. de Médecine et de maïeutique
Lyon-Sud Charles Mérieux Doyen
Pr. PAPAREL Philippe

U.F.R. d'Odontologie
Pr. MAURIN Jean-Christophe

Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques
Pr. DUSSART Claude

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation (I.S.T.R.)
Pr LUAUTÉ Jacques

2 Secteur Sciences et Technologie

U.F.R. Faculté des Sciences
Directeur **M. DEZELLUS Olivier**

U.F.R. Biosciences
Directrice **Mme GIESELER Kathrin**

U.F.R. de Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **M. BODET Guillaume**

Institut National Supérieure du
Professorat et de l'Éducation (INSPé)
Directeur **M. CHAREYRON Pierre**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **M. ROBERT Christian**

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **M. GUIDERDONI Bruno**

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut Universitaire de Technologie de
Lyon 1 (I.U.T. LYON 1)
Directeur **M. MASSENZIO Michel**

Résumé

Aujourd'hui, l'accès au soin orthophonique demeure précaire : les familles restent souvent de longs mois sur liste d'attente avant de pouvoir obtenir une prise en soin. Cette attente pèse à la fois sur les familles, en demande de conseils, et sur les orthophonistes, qui évoquent un épuisement professionnel croissant. Dans ce contexte, les thérapies indirectes s'imposent comme une solution afin d'accompagner les parents et agir ainsi sur l'environnement de l'enfant. Avec l'essor d'internet et des outils numériques, de nouvelles pratiques voient également le jour afin d'accroître l'accès à l'information et l'accompagnement des aidants. Face à cette situation émerge la problématique suivante : un programme d'accompagnement parental en ligne peut-il permettre d'améliorer le sentiment de compétence parentale (SCP) des parents d'enfants d'âge préscolaire qui présentent une suspicion de bégaiement ? Pour y répondre, nous avons mené une étude interventionnelle prospective auprès de familles en attente d'un rendez-vous orthophonique. L'évolution du SCP a été mesurée avant et après l'intervention à l'aide d'un questionnaire d'auto-évaluation comportant une échelle spécifique au SCP et de la version française du questionnaire parental Palin PRS. L'analyse statistique s'est montrée encourageante en rapportant une évolution positive et significative du SCP chez les familles ayant suivi le programme en ligne. Ces résultats témoignent de l'efficacité des programmes vidéo en ligne pour renforcer le SCP chez les parents d'enfants âgés de 3 à 6 ans présentant une suspicion de bégaiement. L'utilisation des outils numériques offre ainsi des perspectives prometteuses pour renforcer la prévention, faciliter l'accès aux soins et enrichir les pratiques orthophoniques actuelles.

mots-clés: orthophonie - bégaiement - thérapie indirecte - accompagnement parental - outil numérique - sentiment de compétence parentale - enfant préscolaire - intervention précoce

Cette étude pourrait présenter un potentiel conflit d'intérêt, dans la mesure où ses encadrants sont affiliés à Logopouce©, plateforme à l'origine du programme vidéo qui a été mis à disposition des participants.

Je déclare avoir utilisé un outil d'intelligence artificielle dans l'écriture de ce mémoire, tel que détaillé à l'annexe G de ce mémoire.

Abstract

Today, access to speech therapy care remains precarious: families often remain on waiting lists for many months before being able to obtain treatment. This wait weighs both on the families, who are seeking advice, and on speech therapists, who report increasing professional burnout. In this context, indirect therapies emerge as a solution to support parents and thus act on the child's environment. With the rise of the internet and digital tools, new practices are also emerging to increase access to information and support for caregivers. Faced with this situation, the following issue arises: can an online parental support program improve the sense of parental competence (SPC) of parents of preschool-aged children with suspected stuttering? To answer this, we conducted a prospective interventional study with families waiting for a speech therapy appointment. The evolution of the SPC was measured before and after the intervention using a self-assessment questionnaire including a scale specific to the SPC as well as the French version of the Palin PRS parental questionnaire. Statistical analysis proved encouraging by reporting a positive and significant evolution of the SPC in families who followed the online program. These results demonstrate the effectiveness of online video programs in strengthening the SPC of parents of children aged 3 to 6 with suspected stuttering. The use of digital tools thus offers promising prospects for strengthening prevention, facilitating access to care, and enriching current speech therapy practices.

Keywords: speech-language therapy – stuttering – indirect therapy – parental support – digital tool – parental sense of competence – preschool child – early intervention

This study may present a potential conflict of interest, insofar as its supervisors are affiliated with Logopouce®, the platform behind the video program provided to participants.

I declare that I used an artificial intelligence tool in the writing of this thesis, as detailed in Appendix G of this thesis.

Remerciements

Je tiens à adresser mes sincères remerciements à mes directeurs de mémoire, Capucine Ackou et Hugo Testaert qui m'ont accompagnée avec bienveillance et implication tout au long de ce travail. Leur soutien, leur disponibilité, leurs encouragements et la qualité de leurs conseils m'ont aidée à structurer ma réflexion et à maintenir le cap jusqu'au bout.

Je remercie également Marine Pendelieu-Verdurand pour son expertise, sa relecture attentive et ses remarques précieuses qui m'ont permis d'enrichir et d'approfondir ce travail.

Je souhaite aussi exprimer ma gratitude aux familles qui ont accepté de participer à cette étude. Merci pour leur confiance et pour avoir partagé avec sincérité un peu de leur vécu et de leur expérience.

Enfin, un grand merci à Victoria, Estelle, Ève, Maÿlis, Anne-Flore, Nina, Carla et Marie pour le soutien et l'énergie positive que vous m'avez apportés tout au long de cette année. Je suis très heureuse d'avoir pu vivre cette étape à vos côtés.

Sommaire

I Partie théorique.....	1
Introduction.....	1
1 Le bégaiement développemental chez l'enfant d'âge préscolaire.....	2
1.1 Notions fondamentales.....	2
1.1.1 Définition.....	2
1.1.2 Apparition et durabilité du trouble.....	2
1.1.3 Épidémiologie.....	2
1.1.4 Étiologie génétique et neurologique.....	3
1.2 La sémiologie du bégaiement.....	3
1.2.1 Les symptômes primaires : les disfluences.....	3
1.2.2 Les symptômes secondaires : les comportements accompagnateurs.....	4
1.2.3 Les conséquences du bégaiement : émotions, cognitions, qualité de vie.....	5
2 L'accompagnement parental en orthophonie.....	5
2.1 Définition: terminologie, historique et rôle de l'orthophoniste.....	5
2.1.1 Terminologie et historique.....	5
2.1.2 Le rôle de l'orthophoniste.....	6
2.2 Les apports de l'accompagnement parental.....	6
2.2.1 Une prise en soin précoce, intensive et écologique.....	6
2.2.2 Amélioration du sentiment de compétence parentale.....	7
2.3 Outils et canaux de communication utilisés.....	8
2.3.1 Les outils.....	8
2.3.2 Les canaux de communication.....	8
3 Intervention orthophonique chez l'enfant d'âge préscolaire qui bégai.....	9
3.1 Principes généraux.....	9
3.2 Interventions directes : Programmes Lidcombe et Westmead.....	9
3.3 Interventions indirectes : Programmes PCI et RESTART - DCM.....	10
3.4 Défis actuels dans l'accompagnement parental de l'EQB.....	11
4 Problématique et hypothèse.....	11
II Méthode.....	12
1 Population.....	12
1.1 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	12

1.2 Démarches administratives et éthiques.....	12
2 Matériel.....	13
2.1 Plateforme de vidéo d'accompagnement parental.....	13
2.2 Questionnaires.....	14
2.2.1 Questionnaire pré-programme.....	14
2.2.2 Questionnaire post-programme.....	15
3 Procédure.....	15
3.1 Recrutement.....	15
3.2 Déroulement de l'étude.....	16
3.3 Analyse des résultats.....	16
III Résultats.....	16
1 Description de l'échantillon.....	16
1.1 Nombre de participants.....	16
1.2 Caractéristiques démographiques.....	17
1.3 Scores SCP initiaux.....	18
2 Résultats relatifs à l'hypothèse principale : évolution du SCP.....	19
2.1 Score SCP sur 78.....	19
2.1.1 Score global sur 78.....	19
2.1.2 Analyse détaillée des items.....	19
2.2 Score échelle Palin PRS.....	21
2.2.1 Section 1.....	21
2.2.2 Section 2.....	22
2.2.3 Section 3.....	22
3 Evolution de la demande orthophonique.....	23
4 Analyse qualitative du ressenti des parents.....	24
IV Discussion.....	24
1 Résumé de l'étude.....	24
2 Discussion des résultats.....	24
2.1 Validation de l'hypothèse principale.....	24
2.2 Analyse des composantes du SCP.....	25
2.3 Analyse des sections de l'échelle Palin PRS.....	26
2.4 Etude de l'évolution de l'accès au soin orthophonique.....	26

3 Points forts et limites de l'étude.....	27
3.1 Points forts.....	27
3.2 Limites.....	28
3.2.1 Méthodologie et recrutement.....	28
3.2.2 Suivi et adhésion parentale.....	28
4 Apport de l'étude en orthophonie.....	29
5 Perspectives de recherche.....	30
V Conclusion.....	31
Références.....	32
Annexes.....	

I Partie théorique

Introduction

Touchant environ 8% des enfants entre 3 et 6 ans (Reilly et al., 2013; Yairi & Ambrose, 2013), le bégaiement apparaît comme un trouble développemental fréquent durant l'enfance. De nombreuses études ont mis en évidence l'importance de prendre en soin le bégaiement dès son apparition, afin de minimiser son impact et proposer une thérapie adaptée à chaque famille (Laiho et al., 2022). Or, dans un contexte de saturation de l'accès au soin, certains parents restent plusieurs mois sur liste d'attente sans pouvoir bénéficier de conseils. Ce délai engendre souvent de l'inquiétude, voire de la culpabilité chez ces parents qui, lorsqu'ils accèdent enfin à un bilan orthophonique, sont demandeurs de réponses et de soutien.

Face à ces enjeux, les thérapies indirectes d'accompagnement parental apparaissent comme une solution pertinente. Ces interventions se définissent comme toute thérapie dans laquelle l'orthophoniste agit sur le développement de l'enfant par l'intermédiaire d'un tiers, généralement les parents (Law et al., 2003). Ces dernières visent non seulement à modifier les comportements communicationnels des parents mais également à accroître leur sentiment de compétence parentale.

En parallèle, les avancées technologiques récentes, notamment l'essor du numérique, ont permis la création de ressources et programmes en ligne facilitant l'accès à l'information y compris dans le domaine de l'orthophonie. Ceci offre également la possibilité de renforcer les compétences parentales, favorables au développement du langage chez l'enfant (Coquet, 2017).

Ainsi, il est légitime de se demander quelle place occupent les thérapies indirectes d'accompagnement parental en ligne pour les enfants entre 3 et 6 ans qui bégaiement.

Notre partie théorique tentera de répondre à cette question. Nous présenterons dans un premier temps les notions fondamentales du bégaiement telles que son étiologie, son épidémiologie, sa symptomatologie, et ses conséquences. Puis, notre revue de la littérature tentera de mettre en évidence l'importance de l'implication parentale dans la prise en soin orthophonique de l'enfant. Enfin, nous exposerons les thérapies actuelles, directes et indirectes, les plus pratiquées en orthophonie chez l'enfant d'âge préscolaire qui bégaiement en s'attardant plus particulièrement sur les programmes d'accompagnement parentaux existants. Par la suite, nous présenterons la méthodologie mise en place durant notre étude et les résultats obtenus seront exposés et discutés afin de réfléchir à d'éventuelles perspectives de recherche.

1 Le bégaiement développemental chez l'enfant d'âge préscolaire

1.1 Notions fondamentales

1.1.1 Définition

Bien qu'aucune définition consensuelle du bégaiement n'ait encore été déterminée (Onslow, 2023), l'American Psychiatric Association (2015), dans le DSM-5, le définit comme un trouble développemental de la fluence de la parole et décrit des « perturbations de la fluidité verbale et du rythme de la parole persistant dans le temps et se caractérisant par la survenue fréquente d'une ou plusieurs des manifestations suivantes : répétitions de sons et syllabes, prolongations de sons, mots tronqués, blocages audibles ou silencieux, circonlocutions, tensions physiques excessives accompagnant la production de certains mots, répétitions de mots monosyllabiques entiers. » Un second critère diagnostique ajoute que « cette perturbation de la fluidité verbale entraîne une anxiété de la prise de parole ou des limitations de l'efficacité de la communication, de l'interaction sociale, de la réussite scolaire ou professionnelle » (American Psychiatric Association, 2015).

Apparaissant durant l'enfance, il est important de le différencier des disfluences normales que rencontre l'enfant lors du développement de son langage (Monfrais-Pfauwadel, 2022). En effet, disfluences normales et pathologiques se distinguent quantitativement et qualitativement (Ambrose & Yairi, 1999; Leclercq et al., 2018) notamment par la présence de signes de tension audibles dans le bégaiement (Didirkova et al., 2016).

1.1.2 Apparition et durabilité du trouble

Le bégaiement développemental précoce se déclare de façon brutale en moins de 3 jours dans 49,6% des cas (Reilly et al., 2009). Pour 65 à 85% des cas, celui-ci disparaîtra 18 à 24 mois après son apparition par un phénomène de récupération spontanée. Pour les autres, il va perdurer et devenir un bégaiement développemental persistant (Kefalianos et al., 2017; Yairi & Ambrose, 2013). Monfrais-Pfauwadel (2022) évoque un « glissement paradigmatique » suggérant que le bégaiement développemental persistant ne correspondrait pas à une chronicisation du bégaiement développemental précoce mais plutôt à une forme distincte à la trajectoire différente.

Plusieurs facteurs prédictifs de persistance ont été démontrés : le sexe masculin, l'apparition à un âge avancé, la durée prolongée des disfluences, les antécédents familiaux de persistance et les aptitudes non verbales et langagières fragiles (Yairi et al., 1996; Yairi & Ambrose, 2013). Néanmoins, à ce jour, il demeure impossible de prédire avec certitude quel bégaiement persistera (Onslow, 2023; Sugathan & Maruthy, 2021; Walsh et al., 2018).

1.1.3 Épidémiologie

Aucune étude épidémiologique n'ayant été réalisée sur les sujets francophones à notre connaissance, nous nous appuyons dans cette partie sur des travaux anglophones

(Piérart, 2013). Les études ont démontré que le bégaiement développemental précoce survient pour 85% des cas avant 42 mois avec une médiane se situant à 2,94 ans, il survient rarement après 5 ans et jamais après 12 ans (Walsh et al., 2020; Yairi & Ambrose, 2013). Sa prévalence au sein des enfants d'âge préscolaire (avant 6 ans) varie de 5 % à 11 % (Reilly et al., 2013; Yairi & Ambrose, 2013) tandis que son incidence dans la population générale est de moins d'1% grâce au taux important de récupération (Kefalianos et al., 2017; Yairi & Ambrose, 2013). Concernant le sex-ratio des personnes qui bégayent (PQB), on compte 1,5 garçon pour 1 fille d'âge préscolaire puis 4 hommes pour 1 femme à l'âge adulte, le sexe masculin étant un facteur de persistance (Piérart, 2013; Yairi & Ambrose, 2013).

1.1.4 Étiologie génétique et neurologique

Les hypothèses actuelles sur l'étiologie du bégaiement mettent en avant des prédispositions génétiques ainsi que des particularités neurologiques. En effet, selon une étude menée par Yairi & Ambrose (2005), 69% des PQB auraient un antécédent familial direct de bégaiement. Certains gènes en particulier ont été identifiés dans la transmission de ce trouble tels que les gènes GNPTAB, GNPTG, NAGPA et AP4E1 (Frigerio-Domingues & Drayna, 2017; Kang et al., 2010; Kraft & Yairi, 2011; Raza et al., 2015).

D'un point de vue neurologique, de récents travaux ont mis en exergue des différences structurelles et fonctionnelles dans l'organisation cérébrale des aires du langage de la PQB (Busan, 2020; Chang, 2014). Sur le plan structurel, on relève une diminution de l'intégrité de la substance blanche reliant les zones du cerveau essentielles au langage (Chang et al., 2008 ; Chang & Zhu, 2013) ainsi qu'une latéralisation cérébrale inhabituelle avec une augmentation de la matière grise dans les structures de l'hémisphère droit (Beal et al., 2013). Sur le plan fonctionnel, les spécificités observées sont : une synchronisation atypique de l'activité entre les deux hémisphères, de possibles inefficacités dans l'interaction entre les zones auditives et motrices (Sato et al., 2011) et d'une connectivité fonctionnelle réduite entre les structures corticales et sous-corticales qui soutiennent la parole (Chang & Zhu, 2013). Ces atypies ne toucheraient par ailleurs pas exclusivement les aires du langage. Gracco et al. (2022) ont en effet fait état de « diminutions généralisées de la connectivité chez les PQB dans les régions associées aux fonctions sensorimotrices, cognitives, émotionnelles et liées à la mémoire ».

1.2 La sémiologie du bégaiement

1.2.1 Les symptômes primaires : les disfluences

Le bégaiement fait partie des troubles de la fluence de la parole. La fluence, ou fluidité, se définit comme un « écoulement aisé et sans effort de la parole » (Piérart, 2013). Le préfixe « dis- » renvoie à l'idée d'une interruption de cette fluence (Monfrais-Pfauwadel, 2022). On distingue les disfluences bégues, considérées comme pathologiques car entravant

l'intelligibilité (Didirkova et al., 2016; Yairi & Ambrose, 2005), des disfluences non bégues, autrefois appelées « bégaiement physiologique » (Monfrais-Pfauwadel, 2022), qui sont présentes dans la parole typique.

Les disfluences les plus fréquemment mentionnées dans la littérature sont les répétitions, les prolongations et les blocages (Piérart, 2018). Les répétitions, présentes également dans la parole typique, sont considérées comme pathologiques lorsqu'elles sont supérieures ou égales à 3 (Tumanova et al., 2014). Elles peuvent porter sur les phonèmes, les syllabes, les mots ou certains morceaux de phrases (Piérart, 2018) mais concernent le plus souvent la première syllabe du premier mot de la phrase (Remacle, 2011). Les prolongations consistent en l'allongement de certaines unités courtes de la parole comme les voyelles, les consonnes fricatives, les syllabes ou les mots monosyllabiques. Elles correspondent à des blocages laryngés en posture phonatoire (Monfrais-Pfauwadel, 2022) et peuvent durer de quelques centaines de millisecondes à quelques secondes (Piérart, 2018). Enfin, les blocages se produisent sur des sons non prolongeables et résultent d'une tension excessive du larynx en posture pré-phonatoire, interrompant le flux d'air et empêchant l'émission du phonème (Didirkova, 2016; Monfrais-Pfauwadel, 2022).

Selon certains auteurs, les blocages et prolongations seraient une tentative d'opposition aux répétitions, tandis que d'autres les considèrent comme des signes primaires du bégaiement, au même titre que les répétitions (Van Hout & Estienne, 1996). Dans cette perspective, seules les répétitions constitueraient le signe primaire du bégaiement, les autres formes de disfluence résultant d'un effort d'évitement (Didirkova, 2016).

1.2.2 Les symptômes secondaires : les comportements accompagnateurs

Le bégaiement s'accompagne souvent de comportements involontaires visibles ou audibles, en réaction à celui-ci. D'abord discrètes chez l'enfant qui bégaye (EQB) (Boucand & Vincent, 2023), les manifestations vont s'intensifier avec le temps et apparaître sous forme de tensions excessives avec des syncinésies comme le plissement du front ou la distorsion de la bouche, de perturbations respiratoires avec une mauvaise coordination pneumo-phonique et de réactions physiologiques telles que rougeur, sudation ou tachycardie (Bloodstein et al., 2021; Chassey, 2003).

Ces manifestations affectent également la communication non verbale et paraverbale, modifiant l'intonation, l'intensité de la voix, le contact visuel et la gestuelle, ce qui complique les interactions sociales (Boucand & Vincent, 2023; Chassey, 2003). Parmi celles-ci, la perturbation du regard est fréquente. Initialement due à la concentration de l'EQB sur sa parole, elle évolue en évitement volontaire par crainte du jugement, renforçant la gêne et la honte (Monfrais-Pfauwadel, 2022). D'abord conscientes, ces stratégies deviennent automatiques et incontrôlables (Monfrais-Pfauwadel, 2022) et s'ancrent dans un

fonctionnement psychique ritualisé, renforçant le trouble plutôt que le contrôlant (Piérart, 2018).

1.2.3 Les conséquences du bégaiement : émotions, cognitions, qualité de vie

Souvent appelées « sémiologie invisible du bégaiement », les conséquences sur la qualité de vie de l'EQB sont nombreuses (Piérart, 2018). La métaphore de l'iceberg de Sheehan (1970) illustre la complexité du trouble en distinguant les manifestations visibles du bégaiement (disfluences et comportements accompagnateurs) représentées par la partie émergée de l'iceberg, de ses impacts invisibles (honte, faible estime de soi, anxiété) constituant la partie immergée, souvent négligée. Or, l'anxiété importante relevée chez la PQB (Smith & Weber, 2017) est axée spécifiquement sur l'anticipation de la difficulté dans des situations sociales qui requièrent la parole (Onslow, 2023). Dès l'enfance, l'EQB développe des stratégies d'anticipation, prédisant et évitant les mots susceptibles de provoquer un bégaiement (Bakker et al., 1991). Les PQB vont ainsi développer un système de croyances négatives avec des cognitions telles que « Je ne suis pas capable » en réponse à ces émotions et expériences négatives (Chassey, 2003) entraînant des restrictions dans leur vie sociale. Le cercle vicieux du bégaiement s'installe alors : l'enfant, conscient du risque de bégayer, redoute de parler, ce qui aggrave le trouble (Naz & Kausar, 2022). Sur le plan scolaire, les difficultés rencontrées peuvent compliquer sa scolarité, avec des résultats inférieurs (Berchiatti et al., 2020) et une tendance à éviter la prise de parole en classe (Daniels et al., 2012; Peters & Starkweather, 1989). Enfin, le bégaiement impacte aussi le plan social. Langevin et al. (2009) ont montré que, dès 3 ans, il peut susciter des réactions négatives de la part des pairs et altérer les interactions sociales chez les enfants d'âge préscolaire.

Le bégaiement peut donc avoir un impact significatif sur le développement global de l'enfant, affectant son bien-être psychosocial en favorisant l'isolement, l'anxiété, l'inhibition dans la communication et parfois le harcèlement scolaire (Piérart, 2018). Il est donc essentiel d'agir précocement afin de minimiser l'impact du bégaiement sur la qualité de vie de l'EQB.

2 L'accompagnement parental en orthophonie

2.1 Définition: terminologie, historique et rôle de l'orthophoniste

2.1.1 Terminologie et historique

Les thérapies indirectes en orthophonie, à la différence des approches directes centrées sur l'enfant, adoptent une approche naturaliste où les parents deviennent des partenaires actifs du soin (Law et al., 2003). Trois types coexistent : la guidance parentale, l'accompagnement parental et le partenariat parental (Périchon & Gonnot, 2021). La guidance parentale est associée à une approche paternaliste et à l'accompagnement de niveau I (Bo, 2000; De Place, 2018) et repose sur une relation verticale et asymétrique où le

soignant, par son expertise, prend les décisions thérapeutiques (Périchon & Gonnot, 2021). L'accompagnement parental ou accompagnement de niveau II (Bo, 2000; De Place, 2018) est apparu dans les années 1960 et marque une évolution vers une approche centrée sur la personne. Il favorise une coopération avec les parents qui reproduisent les techniques proposées par le clinicien et développent leurs compétences pour soutenir leur enfant (Périchon & Gonnot, 2021). Enfin, le partenariat parental ou accompagnement de niveau III (Bo, 2000; De Place, 2018), a émergé ces dernières décennies. Il instaure une co-décision entre parents et professionnels de santé, s'appuyant sur les savoirs scientifiques du clinicien et les savoirs expérientiels des parents. Ensemble, ils élaborent le plan thérapeutique et deviennent membres actifs de l'équipe de soin (Périchon & Gonnot, 2021; Pomey et al., 2015). Ces trois approches, distinctes mais complémentaires, s'inscrivent dans un « Système dynamique de collaboration parentale » (Périchon & Gonnot, 2021) traduisant l'évolution des pratiques orthophoniques vers une collaboration accrue avec les familles.

2.1.2 Le rôle de l'orthophoniste

L'orthophoniste joue un rôle clé en accompagnant les parents dans l'observation, l'évaluation et la stimulation du langage de leur enfant. Il les aide ainsi à devenir conscients de leurs compétences et acteurs de son évolution (Denni-Krichel, 2003). L'objectif est de leur fournir des outils concrets pour modifier certains paramètres de leur parole (Oksenberg, 2014) afin d'ajuster leurs interactions au quotidien, en les rendant plus adaptées dans des situations réelles et fonctionnelles (De Place, 2018). Parallèlement, il est essentiel d'instaurer une relation de confiance avec les parents, en s'adaptant avec empathie à leurs besoins et à leurs ressentis (De Place, 2018). Il est en effet important de reconnaître leur souffrance afin d'éviter qu'ils ne se sentent coupables d'un trouble dont ils ne sont pas responsables (Oksenberg, 2014). Ce climat de collaboration permet de construire une alliance thérapeutique solide et d'engager un partenariat triadique réunissant l'orthophoniste, l'enfant et ses parents (Périchon & Gonnot, 2021). Enfin, grâce au « coaching direct » de l'orthophoniste (Tosh et al., 2017), les parents évoluent dans la représentation de leurs rôles tout au long de l'intervention. Ils deviennent ainsi pleinement acteurs de la mise en œuvre et de l'adaptation des stratégies proposées (Davies et al., 2017) et améliorent ainsi leur sentiment de compétence parental (Hohlfeld et al., 2018).

2.2 Les apports de l'accompagnement parental

2.2.1 Une prise en soin précoce, intensive et écologique

Avec l'avènement des thérapies indirectes, de nombreuses études ont vu le jour sur le sujet afin d'évaluer leur efficacité. Celles-ci ont, pour la majorité, conclu à leur efficience (Gibbard et al., 2024; Heidlage et al., 2020; Roberts & Kaiser, 2011) et ont pu obtenir de meilleurs résultats que les thérapies directes (Goldberg, 2010) même avec une seule séance

hebdomadaire (Roberts & Kaiser, 2011). Les bénéfices engendrés par les thérapies indirectes ont été d'autant plus importants chez les familles socialement défavorisées (Gibbard et al., 2024).

Par ailleurs, l'accompagnement parental représente un levier essentiel pour agir de façon précoce. En effet, dans certaines pathologies de la communication, avec de très jeunes patients dont les capacités attentionnelles sont réduites, les thérapies directes peuvent s'avérer laborieuses voire impossibles (Monfrais-Pfauwadel, 2022). Former les parents à optimiser les interactions avec leur enfant leur permet d'intégrer ces stratégies dans le quotidien, favorisant une intervention précoce, intensive et écologique en adaptant l'environnement de l'enfant (Roberts & Kaiser, 2011; Weir, 2004).

De plus, en travaillant sur l'origine des comportements parentaux, les thérapies indirectes seront plus pérennes car elles modifient profondément les cognitions parentales (Bond & Burns, 2006). Enfin, face aux listes d'attentes conséquentes des orthophonistes, ce système de prise en soin représente un gain temporel en diminuant le temps de prise en soin (Quiban, 2020).

2.2.2 Amélioration du sentiment de compétence parentale

Le sentiment de compétences parentale a été défini comme la perception qu'ont les parents de leurs capacités à influencer le développement de leur enfant (Coleman & Karraker, 1998; T. L. Jones & Prinz, 2005). Il se compose de deux critères (Johnston & Mash, 1989). Le premier est le sentiment d'efficacité, dimension plus instrumentale des compétences, relié aux connaissances et capacités à résoudre les problèmes rencontrés dans leur rôle de parent. Stiévenart et al. (2022) ont démontré qu'un parent se sentant efficace met en place plus de comportements appropriés. Le deuxième critère reflète une dimension plus affective. Il s'agit du sentiment de satisfaction qui englobe la frustration, l'anxiété, la motivation et le bien-être éprouvés dans le rôle de parents.

Or performance, compétences et sentiment de compétence sont très fortement interdépendants. La compétence est corrélée à la performance (Sadri & Robertson, 1993) et influencée par le sentiment de compétence (Tazouti & Jarlégan, 2010; Trudelle & Montambault, 1994). Ainsi, grâce à la thérapie indirecte, l'orthophoniste transmet au parent des informations sur le langage de l'enfant, ses difficultés ainsi que des pistes pour l'aider, modifiant ainsi les cognitions parentales (Denni-Krichel, 2003). Ceci optimise l'engagement du parent (Levickis et al., 2020), participe à son processus d'empowerment (Tilkin et al., 2020) et améliore les résultats de l'enfant (Achouche et al., 2024). Bond & Burns (2006) évoquent un cercle vertueux qui se met en place: l'amélioration des cognitions parentales enrichit la qualité des interactions et donc le développement langagier de l'enfant, ce qui renforce le SCP.

2.3 Outils et canaux de communication utilisés

2.3.1 Les outils

L'accompagnement parental peut s'appuyer sur divers outils : des supports visuels (vidéos, illustrations), l'usage d'analogies pour clarifier certaines notions, ou encore la mise en place de groupes d'échange. L'orthophoniste peut également proposer des visites à domicile afin d'ancrer la rééducation dans le quotidien de l'enfant et de sa famille, rendant ainsi l'accompagnement plus écologique (Antheunis et al., 2007). Marie Dethier, psychologue (citée par Willems et al., 2020), recommande plusieurs principes essentiels pour guider le parent dans sa réflexion : valoriser ses ressources, poser des questions ouvertes et reformuler avec nuance ses propos pour l'aider à prendre du recul et se questionner sur ses pratiques. Par ailleurs, l'utilisation du jeu, avec le patient et son parent, permet d'instaurer une atmosphère de légèreté propice à une mise à distance du symptôme et à sa désensibilisation (Oksenberg, 2014). Cette approche ludique favorise les interactions spontanées, renforce le lien parent-enfant et facilite l'appropriation des stratégies rééducatives. Enfin, Pomey et al. (2015) rappellent qu'un partenariat efficace entre les parents et les soignants passe par la formation des professionnels, suivie de celle des parents, fournissant une information complète et qualitative sur la pathologie de leur enfant.

2.3.2 Les canaux de communication

La transmission orale d'informations est le canal le plus couramment utilisé par les orthophonistes en séance (Antheunis et al., 2007). Or, d'après le modèle de Shannon (Weaver et al., 1975), cette pratique présente l'inconvénient majeur de se heurter à une perte d'informations importante due aux bruits parasites qu'ils soient extérieurs, par l'environnement, ou intérieurs par les pensées interférentes de l'interlocuteur (Wiener, 2014).

Le support écrit est également utilisé en orthophonie pour la transmission d'informations prenant la forme de prospectus, plaquettes ou livrets explicatifs (Association Parole Bégaiement). Ceux-ci présentent l'avantage de laisser une trace et de dépasser l'enceinte du cabinet et ainsi être partagé à l'environnement familial (Boucand & Vincent, 2023). En revanche, ils sont limités en contenu (Mayer & Moreno, 2003) et inaccessibles aux parents analphabètes (Andrus & Roth, 2002).

Aujourd'hui, avec l'essor du numérique, une nouvelle façon d'accroître l'accès à l'information est d'utiliser des programmes en ligne incluant des vidéos et des contenus médiatiques (Coquet, 2017). Parmi elles, on distingue deux types d'interventions. Les thérapies synchrones sont réalisées par le soignant qui délivre son soin en temps réel, bien que géographiquement éloigné. Les thérapies asynchrones délivrent le contenu directement au parent qui peut les suivre de manière indépendante (Bellon-Harn et al., 2020). De nombreuses études ont démontré leur efficacité sur diverses pathologies du langage, avec

des effets à long terme s'avérant aussi efficaces que la thérapie classique (Andersson, 2018; Van Eerdenbrugh et al., 2017; Vismara et al., 2018). Ces derniers sont couramment utilisés en orthophonie tant pour former les orthophonistes (Dufournier, 2017), que pour réaliser de la guidance parentale (Meuter et al., 2015).

3 Intervention orthophonique chez l'enfant d'âge préscolaire qui bégaille

3.1 Principes généraux

Les traitements du bégaiement chez l'EQB se divisent en 2 catégories : l'approche indirecte et l'approche directe (Shenker & Santayana, 2018). Il convient de souligner que dans le champ du bégaiement, ces termes diffèrent de leur usage habituel en orthophonie, notamment en ce qui concerne l'implication parentale. Chez l'EQB d'âge préscolaire, la participation des parents est systématique et constitue un pilier fondamental dans la prise en soin, qu'elle soit directe ou indirecte. Ces deux types d'approches reposent donc sur un partenariat parental actif avec une présence en séance et des stratégies à appliquer à la maison. Elles se distinguent principalement par le degré d'implication de l'enfant dans la modification consciente de sa parole. L'approche indirecte est choisie lorsque l'enfant est encore trop jeune pour s'impliquer avec conscience dans la modification de sa parole. Elle consiste à agir sur les facteurs de l'environnement et sur les modalités d'interaction parents-enfant en visant une réduction des contraintes communicatives et favorisant un climat facilitant la fluence. L'approche directe, quant à elle, est mise en place dès lors que l'enfant est capable de prendre conscience de sa parole et de participer à des activités ciblées visant à améliorer sa fluence, généralement via des jeux ou des activités structurées (Sjøstrand et al., 2019).

Ces deux approches ne sont pas exclusives et sont fréquemment utilisées parallèlement de manière complémentaire comme c'est le cas au sein de nombreux programmes (Sjøstrand et al., 2019). Elles ont par ailleurs démontré une efficacité équivalente (Sonneville-Koedoot et al., 2015). Le choix de la thérapie se fait donc en fonction de l'âge de l'EQB, de son degré de conscience, de la sévérité du bégaiement, des facteurs de risque associés et de la façon dont l'entourage perçoit et réagit au trouble. Ce choix est élaboré conjointement par l'orthophoniste et les parents afin d'assurer une prise en charge individualisée et adaptée à chaque situation familiale (Monfrais-Pfauwadel, 2022).

3.2 Interventions directes : Programmes Lidcombe et Westmead

Lorsque l'EQB devient capable de porter attention à sa parole et participer consciemment à des tâches visant à la modifier, les interventions directes sont possibles.

Le traitement direct le plus populaire est le programme Lidcombe. Les parents jouent un rôle central dans cette thérapie comportementale en appliquant des stratégies opérantes. Ils utilisent des éloges, des encouragements et des corrections douces pour aider l'enfant à

prendre conscience de sa parole fluide. Ils intègrent ces stratégies sous la supervision de l'orthophoniste lors de moments de jeu et d'échange quotidiens. Le programme suit une approche progressive : d'abord dans un cadre structuré en séance, puis dans des situations plus naturelles dans le quotidien de l'enfant. L'objectif est de renforcer la fluidité tout en gardant l'expérience positive et motivante pour l'enfant (Onslow, 2024). Cette méthode a prouvé son efficacité en réduisant durablement le bégaiement (Bridgman et al., 2016; M. Jones et al., 2005).

La seconde intervention directe très courante est le programme Westmead. Également validé empiriquement (Trajkovski et al., 2011), il repose sur une technique de syllabation-rythmée. Il consiste à entraîner l'enfant à parler de manière fluide et contrôlée en articulant chaque syllabe. L'enfant apprend la technique lors des séances d'orthophonie puis la pratique quotidiennement à la maison avec l'aide des parents (Andrews et al., 2023).

3.3 Interventions indirectes : Programmes PCI et RESTART - DCM

Ces deux programmes reposent sur des modèles multifactoriels du bégaiement, selon lesquels son déclenchement et son maintien résultent d'interactions entre des facteurs moteurs, physiologiques, linguistiques et développementaux propres à l'enfant, ainsi qu'avec son environnement de vie. Aucune variable n'est seule responsable du bégaiement ; elles interagissent de manière unique chez chaque enfant d'âge préscolaire (Onslow, 2023).

La thérapie PCI ou « thérapie de l'interaction parent enfant » a été développée au centre Michael Palin de Londres pour les enfants âgés de 2 à 6 ans (Millard et al., 2018). Elle a pour objectif « d'établir une tendance à la baisse du bégaiement, de réduire l'anxiété des parents et d'accroître leur confiance dans la gestion du bégaiement » (p 14, Onslow & Millard, 2012). Elle débute par une évaluation déterminant la gravité du bégaiement, le degré de conscience du trouble de l'enfant et son impact sur le plan social et émotionnel. Le clinicien détermine un facteur cible à travailler : psychologique, physiologique, langagier ou l'environnement de vie. Il choisira parmi 40 stratégies d'interaction celles adaptées au patient. Les parents appliquent ces stratégies lors de « moments privilégiés » de 10 minutes, cinq fois par semaine pendant six semaines, suivis d'une phase de consolidation et de suivi (Millard et al., 2018).

La version actuelle de la thérapie RESTART (Franken & Laroës, 2021), est dérivée du modèle DCM ou « modèle des demandes et capacités » décrit par Starkweather et al. (1990). Ce programme explique que l'enfant bégaié lorsque les demandes qui lui sont adressées dépassent ce qu'il est capable de produire. Après une évaluation complète des compétences de l'enfant et du parent, l'orthophoniste réalise un plan de soin spécifique composé de trois phases (Onslow, 2023). L'objectif de la phase I est de réduire les exigences imposées à l'enfant par son entourage ainsi que celles que l'enfant s'impose à

lui-même. Si nécessaire, la phase II consiste à renforcer les capacités de communication de l'enfant. La phase III, également optionnelle, vise à former l'enfant aux méthodes directes de contrôle du bégaiement basées sur la restructuration de la parole. Durant chacune des phases, quatre domaines sont abordés : moteur, linguistique, émotionnel et cognitif (Franken & Laroës, 2021). La décision d'arrêt du programme peut être prise par les parents à la fin de chaque phase (Onslow, 2023).

3.4 Défis actuels dans l'accompagnement parental de l'EQB

Le partenariat parental chez l'EQB d'âge préscolaire apparaît donc comme un pilier de la prise en soins, qu'il s'agisse d'une intervention directe ou indirecte. Nous avons énuméré précédemment les moyens à la disposition de l'orthophoniste pour le réaliser. Or, plusieurs freins peuvent entraver l'efficacité de cet accompagnement. Concernant la transmission d'informations, il est fréquent qu'un seul parent assiste aux séances ce qui peut entraîner une perte ou une distorsion des éléments fournis au second parent, également acteur dans l'environnement de l'enfant. Les supports écrits, bien qu'utiles, sont souvent dispersés, difficilement accessibles ou peu consultés. De plus, l'ensemble des stratégies d'accompagnement parental mentionnées reposent sur l'existence préalable d'un suivi orthophonique. Or, dans le contexte actuel de tension sur l'accès aux soins, ce suivi n'est pas toujours disponible.

Face à la dispersion des supports et un accès au soin difficile, un programme d'accompagnement parental en ligne pourrait être une solution en permettant aux familles d'avoir accès à de premières informations de manière asynchrone en attendant un rendez-vous orthophonique ou en parallèle d'une prise en soin afin de renforcer l'efficacité du suivi orthophonique. L'objectif étant de fournir aux parents des clés pour aider leur enfant afin d'accroître leur SCP bénéfique à ses compétences langagières, et, à terme, fluidifier le parcours de soin dans son ensemble. De précédentes études (Bouchard, 2023; Morizot, 2024; Vialatte, 2023) ont pu démontrer des résultats prometteurs de tels programmes en langage oral et en langage écrit, leur transposition au champ du bégaiement constitue donc une piste de recherche et de développement pertinente.

4 Problématique et hypothèse

La problématique suivante émerge donc : un programme d'accompagnement parental en ligne sur le bégaiement permet-il d'augmenter le sentiment de compétence parental des participants et ainsi d'améliorer leurs comportements et cognitions parentales? Nous émettons l'hypothèse principale qu'après avoir suivi un programme en ligne les parents en attente d'un soin orthophonique se sentiront significativement plus compétents pour appréhender leur enfant présentant une suspicion de bégaiement.

II Méthode

Afin de mener à bien notre étude, nous avons proposé à des familles en attente d'une place chez l'orthophoniste pour leur enfant, dans un contexte de suspicion de bégaiement, d'accéder durant deux mois à un programme vidéo d'accompagnement parental dédié aux troubles de la fluence. Leur sentiment de compétence parental (SCP) a été mesuré avant et après cette intervention par des questionnaires d'auto-évaluation. L'hypothèse statistique nulle, que nous tentions de réfuter était la suivante : un programme d'accompagnement parental en ligne n'a aucun effet sur le SCP. Nous cherchions à confirmer l'hypothèse statistique alternative qu'une évolution significative du SCP existe après deux mois d'intervention.

1 Population

1.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Le recrutement des participants de l'étude s'est effectué en respectant plusieurs critères d'inclusion et d'exclusion détaillés dans le Tableau 1. Nous avons ainsi cherché des familles en attente d'un rendez-vous orthophonique, dont l'enfant était âgé de 3 à 6 ans et présentait une suspicion de bégaiement. La tranche d'âge des sujets de notre étude représente celle d'apparition du bégaiement développemental précoce. Les difficultés de fluence de l'enfant pouvaient avoir été relevées aussi bien par les parents, les enseignants ou les professionnels de la petite enfance et de la santé. Enfin, nous recherchions des familles n'ayant pas encore entamé de suivi orthophonique afin d'éviter que le travail parallèle avec l'orthophoniste ne constitue un biais pour notre étude. Nous avons exclu de l'étude les familles dont l'enfant présentait une autre pathologie du langage, les familles ayant déjà débuté un suivi chez une orthophoniste pour du bégaiement ainsi que celles ne possédant pas d'outil numérique pour suivre le programme.

Tableau 1:

Critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude

Critères d'inclusion	Enfants âgés de 3 à 6 ans
	Enfants présentant une suspicion de bégaiement
	Familles attendant un rendez-vous orthophonique
Critères d'exclusion	Enfants présentant une autre pathologie du langage
	Enfants déjà suivis en orthophonie pour du bégaiement
	Familles ne disposant pas d'outil informatique pour regarder les vidéos

1.2 Démarches administratives et éthiques

Afin de garantir la conformité de notre étude aux exigences éthiques et réglementaires, plusieurs démarches ont été entreprises en amont. La méthodologie retenue

impliquait le recueil de données personnelles identifiantes, notamment les adresses e-mail des participants, nécessaires pour leur permettre l'accès à la plateforme vidéo. Dans ce cadre, nous avons vérifié que notre protocole respectait les conditions de la méthodologie de référence MR-004, ainsi que les obligations du registre DPD (délégué à la protection des données) de l'Université Claude Bernard Lyon 1. Une analyse d'impact relative à la protection des données (AIPD) a également été réalisée afin d'identifier les éventuels risques liés à la collecte et au traitement des données personnelles. Du point de vue des participants, l'anonymat des réponses a été préservé grâce à la création d'un code individuel attribué à chaque répondant lors des questionnaires pré et post-programme. Avant de participer à l'étude, chaque parent a reçu une notice d'information (Annexe A) et a donné son consentement éclairé via le formulaire intégré au premier questionnaire. Conformément aux engagements pris auprès des participants, les données seront supprimées après la soutenance du mémoire, sauf si une demande de publication scientifique venait à être engagée. Dans ce cas, les données pourraient être conservées de manière sécurisée, dans le respect du cadre réglementaire en vigueur, et uniquement à cette fin.

2 Matériel

2.1 Plateforme de vidéo d'accompagnement parental

Dans le cadre de cette étude, les participants ont eu gratuitement accès pendant deux mois à un programme vidéo d'accompagnement parental hébergé sur la plateforme Logopouce®. Logopouce® est un logiciel conçu pour les orthophonistes, leur permettant de partager, en amont et en complément des séances en présentiel, des contenus numériques à destination des familles. La plateforme propose des programmes thématiques, élaborés par des orthophonistes, visant à renforcer l'implication parentale dans le développement langagier de l'enfant.

Pour cette recherche, Logopouce® a mis à disposition le programme dédié aux troubles de la fluence, intitulé « Bégaiement ». Celui-ci est précédé d'un module introductif de 15 minutes intitulé « Présentation et objectifs du programme fluence », destiné à expliquer le fonctionnement de la plateforme, à introduire la notion de fluence et à clarifier les objectifs du programme.

Le programme « Bégaiement », lui, se compose de 62 vidéos représentant environ 3 heures 45 minutes de programme. Ces vidéos sont réparties en 10 modules : « mieux comprendre le bégaiement », « oser parler du bégaiement », « attitudes à privilégier », « attitudes à éviter », « jouer à bégayer tranquille », « diminuer la pression sur le langage », « diminuer la pression temporelle », « diminuer les pressions éducatives », « prévenir et gérer les moqueries » et « agir sur les autres facteurs ».

L'objectif n'était pas que les parents visionnent l'intégralité du programme, mais qu'ils puissent sélectionner librement les modules qu'ils jugeaient les plus pertinents selon leur situation familiale. La plateforme offre par ailleurs des fonctionnalités interactives : un espace communautaire permettant de déposer des commentaires visibles par les autres utilisateurs, ainsi qu'une messagerie privée pour poser des questions à l'équipe de recherche.

2.2 Questionnaires

2.2.1 Questionnaire pré-programme

Le questionnaire pré-programme (Annexe D) était rempli en amont de l'intervention, après un appel téléphonique visant à vérifier l'éligibilité du parent et de l'enfant selon les critères d'inclusion. Celui-ci contient en tout premier lieu des informations relatives à sa passation ainsi que la notice d'information. Par la suite, il se compose de quatre parties.

La première partie concerne les informations générales et recueille le consentement du participant. Elle indique aussi à ce dernier comment créer un code d'anonymat permettant d'assurer la confidentialité des réponses. Dans cette section, nous récoltons également les informations d'ordre administratif servant à mieux caractériser le profil des parents (sexe, situation familiale, catégorie socioprofessionnelle) et de leur enfant (âge, sexe, classe scolaire actuelle, place dans la fratrie).

La deuxième partie évalue la plainte, le ressenti et les attentes des parents vis-à-vis des difficultés de leur enfant et de leur demande d'orthophonie. Des questions qualitatives sont posées afin de connaître entre autres les actions déjà entreprises pour aider leur enfant, leur manque et appréhensions actuels et la façon dont ils souhaitent suivre le programme.

La troisième partie mesure le score de SCP. Cette autoévaluation se compose d'une première mesure contenant 13 affirmations positives pour lesquelles le parent répond à chacune via une échelle de type Likert allant de 1 (en désaccord) à 6 (d'accord) obtenant ainsi un score de SCP sur 78. Nous avons adapté une échelle créée dans un précédent mémoire (Bouchard, 2023) qui s'était appuyée sur plusieurs documents : le questionnaire d'auto-évaluation de la compétence éducative parentale (Terrisse & Trudelle, 1988), l'échelle d'estime de soi (Rosenberg, 1969) et le questionnaire sur l'implication parentale dans le suivi scolaire (Tardif-Grenier & Archambault, 2016). Enfin, la dernière partie du questionnaire pré programme contient de la version française traduite du Palin Parent Rating Scales (Millard & Davis, 2016) traduite par Clément Aunis-Oumghar (Kelman & Nicholas, 2022). Celle-ci est composée de 3 sections distinctes mesurant : l'impact du bégaiement sur l'enfant, sa sévérité ainsi que l'impact sur le parent et enfin les connaissances du parent et sa confiance dans sa capacité à gérer le bégaiement. Lors de la première et la seconde section, les parents ont répondu à sept items, chacun noté sur une échelle allant de 0 (impact très important) à 10 (impact très faible). À partir de la moyenne des réponses, un score global a

été attribué à chaque participant, puis transformé en score catégoriel selon la grille suivante : 0 = impact très élevé ; 1 = élevé ; 2 = modéré ; 3 = réduit ; 4 = très réduit. La troisième section comprend seulement cinq items, chacun noté sur une échelle de 0 (niveau faible) à 10 (niveau élevé). La moyenne des réponses obtenues a ensuite été convertie en un score catégoriel selon les seuils suivants : 0 = très basse ; 1 = basse ; 2 = modérée ; 3 = élevée ; 4 = très élevée.

2.2.2 Questionnaire post-programme

Le questionnaire post-programme (annexe E) reprenait la structure du précédent questionnaire en se divisant en quatre sections avec des items identiques afin de mesurer de manière rigoureuse l'évolution du sentiment de compétence parentale (SCP). Cette constance méthodologique permet de garantir la comparabilité des résultats entre les deux temps de mesure. Nous avons seulement ajouté au sein de la deuxième section plusieurs questions relatives à l'évolution de la situation orthophonique de l'enfant. L'objectif était de documenter les éventuels changements d'accès aux soins durant l'étude, pouvant représenter un facteur confondant. Les parents devaient indiquer s'ils étaient toujours en attente d'un rendez-vous orthophonique, s'ils avaient obtenu une première consultation, et si un suivi avait été engagé. Pour les familles concernées, la date du premier rendez-vous était également recueillie.

3 Procédure

3.1 Recrutement

Le recrutement des participants de l'étude s'est déroulé sur plusieurs mois entre novembre 2024 et janvier 2025. Afin de diffuser notre étude, nous avons créé deux flyers, l'un (annexe B) à destination des professionnels de la petite enfance et l'autre (annexe C) à destination directe des parents contenant également la notice d'information. Ces flyers ont été partagés sur de nombreux groupes Facebook de parents et d'orthophonistes. Nous avons également pu diffuser le message par mail à des centaines d'écoles maternelles et élémentaires privées, le démarchage par mail n'étant pas autorisé avec les écoles publiques. Cette initiative s'est toutefois révélée peu fructueuse : bien que les établissements aient salué la démarche, peu d'élèves correspondaient aux critères d'inclusion. Enfin, certains orthophonistes nous ont mis en relation avec des familles inscrites sur une liste d'attente mutualisée hébergée par la plateforme Inzeecare©. Cette mise en relation s'est effectuée dans le respect du cadre éthique, avec l'accord des familles concernées. Ce moyen s'est avéré être particulièrement efficace car ces familles étaient en attente d'un bilan orthophonique et en recherche de solutions alternatives pour aider leur enfant.

3.2 Déroulement de l'étude

Lorsqu'un parent souhaitait participer, nous établissions un premier contact par appel téléphonique lors duquel nous présentions l'étude, écoutions leurs besoins et vérifions que l'enfant répondait bien aux critères d'inclusion. Par la suite, si la famille était intéressée par l'étude et remplissait les critères, le questionnaire pré programme lui était envoyé par mail. Une fois celui-ci complété, nous lui ouvrons une session de deux mois sur le programme « Bégaiement » de la plateforme Logopouce®. Durant cette période, des mails ont été envoyés aux familles afin de suivre l'évolution de leur participation et répondre à leurs éventuelles questions. Un appel a également été proposé aux familles au cours des deux mois si ces dernières ressentaient le besoin de partager leur expérience ou de poser des questions. Quelques jours avant la fin du programme, un message de rappel était envoyé afin de prévenir de l'échéance d'accès et de permettre aux parents de visionner les dernières vidéos s'ils le souhaitaient. Enfin, le questionnaire post-programme a été envoyé à chaque famille à la fin des deux mois de programme pour clôturer leur participation. Dans ce message final, nous avons encouragé tous les parents à répondre au questionnaire, même ceux ayant visionné peu de vidéos. Nous avons insisté sur la valeur de leurs retours afin d'évaluer les points forts et limites de l'intervention.

3.3 Analyse des résultats

Après avoir recueilli les réponses des participants lors des questionnaires pré et post intervention, les données ont été rapportées avec le code d'anonymat dans un tableau Excel afin d'effectuer nos analyses descriptives et inférentielles. L'analyse statistique a été réalisée en per protocole à l'aide du logiciel JASP. Le test de normalité de Shapiro-Wilk a d'abord été appliqué aux variables quantitatives pour vérifier la distribution des données. Étant donné que les distributions ne suivaient pas une loi normale, le test de Wilcoxon a ensuite été utilisé afin d'évaluer la significativité des résultats. Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0,05$, ce qui signifie qu'une différence est considérée comme statistiquement significative si la probabilité qu'elle soit due au hasard est inférieure à 5 %.

III Résultats

Après avoir décrit la population de notre échantillon, nous présenterons les résultats répondant à notre hypothèse principale sur l'évolution du SCP puis nous étudierons brièvement l'évolution de la demande orthophonique des participants.

1 Description de l'échantillon

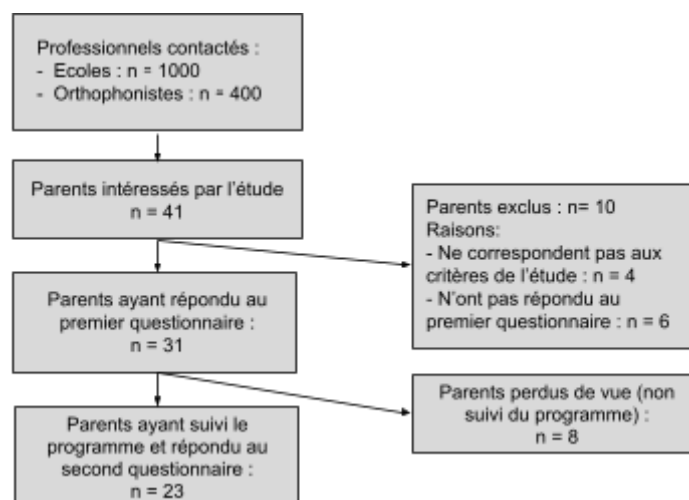
1.1 Nombre de participants

L'étude a été réalisée entre novembre 2024 et mars 2025. Environ 1000 écoles et 400 orthophonistes ont été sollicitées. Nous avons été contactés par 41 familles qui étaient

intéressées par l'étude. 10 d'entre elles ont été exclues et 31 ont répondu au premier questionnaire. Finalement, 8 parents ont été perdus de vue et 23 ont suivi le programme et répondu au second questionnaire. La figure 1 schématise ces données.

Figure 1

Schéma explicatif du déroulement de l'étude, du recrutement à l'inclusion des parents



1.2 Caractéristiques démographiques

Le tableau 2 ci-dessous présente les caractéristiques démographiques des participants recueillies lors du questionnaire pré-test, nous permettant une meilleure appréhension de notre échantillon. Celui-ci se compose majoritairement de mères (83 %) et dans une moindre mesure de pères (17%). Concernant les professions et catégories sociales de la nomenclature de l'INSEE (2003), les plus représentés sont les employés (48%), suivis par les cadres et professions intellectuelles supérieures (26%). Les professions intermédiaires et les personnes sans emploi représentent chacune 9% de l'échantillon tandis que la catégorie des agriculteurs et celle des artisans, commerçants et chefs d'entreprise représentent 4% chacune. Enfin, nous ne comptons aucun ouvrier au sein de nos participants. Les foyers biparentaux représentent la grande majorité (83 %), alors que les familles monoparentales et recomposées ne constituent respectivement que 13 % et 4 %. Concernant les enfants de l'échantillon, nous comptons 65% de garçons contre 35% de filles. Au commencement de l'étude, ces derniers étaient âgés de 3 ans pour 48 % d'entre eux, de 4 ans pour 26 %, de 5 ans pour 17 % et de 6 ans pour 9 %. La répartition des enfants selon leur rang dans la fratrie révèle une prédominance des deuxième enfants, qui représentent 57 % de l'échantillon. Les enfants uniques et les aînés occupent chacun 13 %. Les troisièmes enfants constituent 9 % de l'échantillon, tandis que les quatrièmes et les jumeaux sont les moins représentés, avec chacun seulement 4 %.

Tableau 2 :
Caractéristiques de l'échantillon

Caractéristiques	Catégories	Nombre total	pourcentage
Statut du parent	Mères	19	83
	Pères	4	17
Professions et Catégories Sociales (PCS)	Agriculteurs	1	4
	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1	4
	Cadres et professions intellectuelles sup.	6	26
	Prof. intermédiaires	2	9
	Employés	11	48
	Ouvriers	0	0
	Sans emploi	2	9
Situation familiale	Foyer avec les 2 parents	19	83
	Famille monoparentale	3	13
	Famille recomposée	1	4
Sexe de l'enfant	Garçons	15	65
	Filles	8	35
Âge de l'enfant	3 ans	11	48
	4 ans	6	26
	5 ans	4	17
	6 ans	2	9
Fratrie	Enfant unique	3	13
	Premier	3	13
	Deuxième	13	57
	Troisième	2	9
	Quatrième	1	4
	Jumeaux	1	4

1.3 Scores SCP initiaux

Le tableau 3 ci-dessous rapporte les scores de SCP des participants avant de débuter leur participation au programme. Ainsi, à ce moment de l'étude, le score moyen au SCP sur 78 était de 40.435 points. La première et la seconde section de l'échelle Palin PRS rapportent des scores moyens atteignant respectivement 1.609 et 1.870 correspondant à une perception «élevée» de l'impact du bégaiement sur l'enfant, de sa sévérité et de l'impact

du bégaiement sur les parents. A la section 3, le score moyen des participants était de 1.261, témoignant d'une connaissance et d'une confiance parentale dans la catégorie « basse ».

Tableau 3
SCP en pré-test

Test	Score moyen	DS
SCP /78	40.435	14.560
Echelle Palin PRS section 1	1.609	1.076
Echelle Palin PRS section 2	1.870	1.014
Echelle Palin PRS section 3	1.261	1.251

Légende : SCP = sentiment de compétence parentale , DS = déviation standard

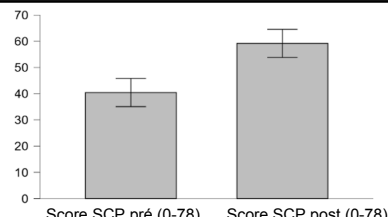
2 Résultats relatifs à l'hypothèse principale : évolution du SCP

2.1 Score SCP sur 78

2.1.1 Score global sur 78

Le tableau 4 détaille l'évolution du score global de SCP sur 78, calculé en additionnant les réponses aux 13 affirmations positives évaluées sur une échelle type Likert de 1 (en désaccord) à 6 (d'accord). Avant l'intervention, le score moyen s'élevait à 40,435. A la fin, il atteignait 59,174, soit une augmentation moyenne de 18,739 points. Ce résultat est significatif statistiquement ($p < 0.001$).

Tableau 4 :
Evolution du score de SCP détaillé /78

Test	Moyenne	DS	p-value	Représentation graphique
Pré-test	40.435	14.560	<0.001	
Post-test	59.174	18.213		

Légende : SCP = sentiment de compétence parentale , DS = déviation standard

2.1.2 Analyse détaillée des items

Le tableau 5 présente de manière détaillée les résultats obtenus pour chacun des items correspondant aux 13 affirmations positives constituant le score SCP sur 78 points. Une évolution statistiquement significative ($p < 0,05$) a été observée pour 9 de ces 13 items : les items 1, 2, 4, 6, 8, 9, 10, 12 et 13. En revanche, bien que les moyennes des items 3, 5, 7 et 11 aient montré une tendance à l'amélioration, ces évolutions ne se révèlent pas significatives d'un point de vue statistique ($p > 0,05$).

Tableau 5:*Evolution du SCP pour chaque item constituant le score du SCP/78*

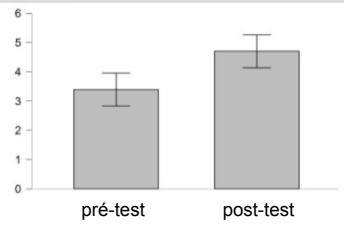
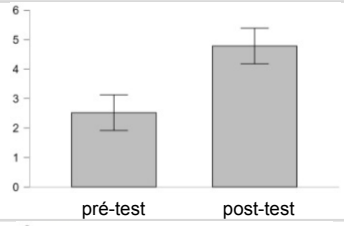
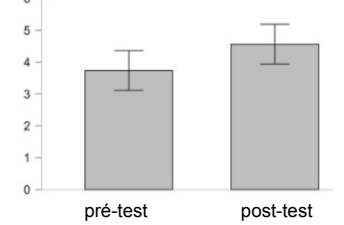
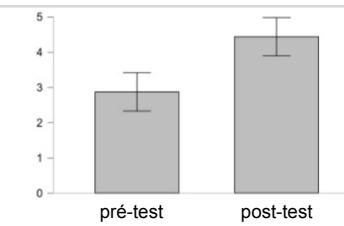
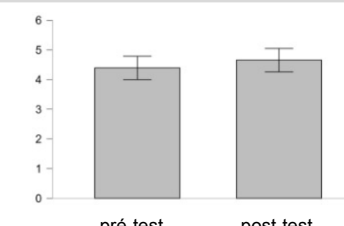
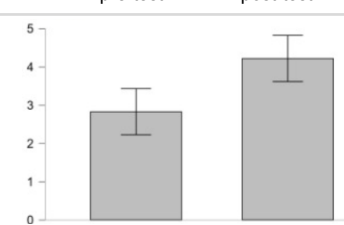
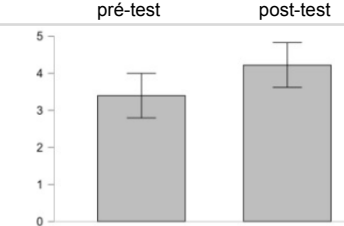
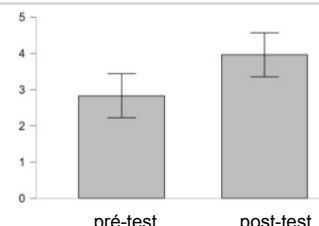
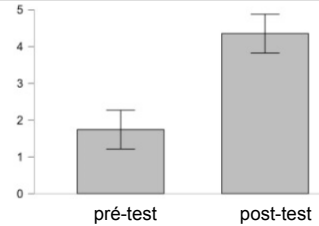
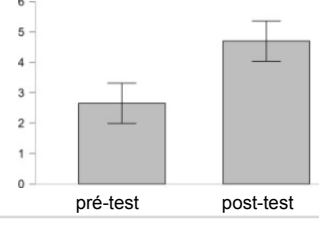
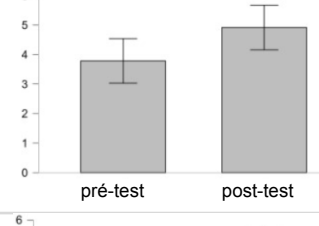
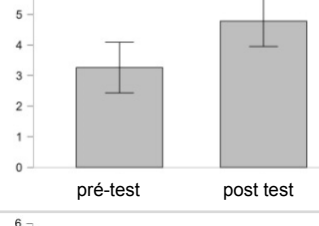
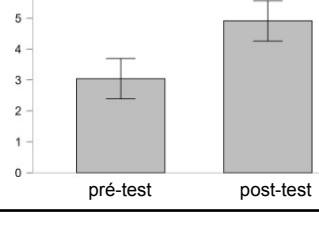
13 items (échelle de 1 à 6)	Moyenne pré-test	Moyenne post-test	p-value	Représentation graphique
1. Dans l'ensemble, je suis satisfait.e de la façon dont j'accompagne mon enfant dans le développement de son langage.	3.391	4.696	0.005	
2. Je connais les facteurs aggravant le bégaiement de mon enfant.	2.522	4.783	<0.001	
3. Je prends régulièrement le temps d'aider mon enfant dans son bégaiement.	3.739	4.565	0.076	
4. Quand j'aide mon enfant dans son bégaiement, je me sens à l'aise dans ce rôle.	2.870	4.435	0.002	
5. Je sais reconnaître les points forts de mon enfant.	4.391	4.652	0.409	
6. Je me sens à l'aise face au bégaiement de mon enfant.	2.826	4.217	0.006	
7. Je me sens capable d'identifier les comportements de lutte et d'évitement de mon enfant.	3.391	4.217	0.076	

Tableau 5:*Evolution du SCP pour chaque item constituant le score du SCP/78*

13 items (échelle de 1 à 6)	Moyenne pré-test	Moyenne post-test	p-value	Représentation graphique
8. Je me sens capable d'aider mon enfant à parler de manière plus fluide.	2.826	3.957	0.018	
9. Je sais quoi proposer pour rebondir sur les difficultés liées au bégaiement de mon enfant.	1.739	4.348	<0.001	
10. Je sens que ce que je fais avec mon enfant pour l'aider dans son bégaiement est utile pour lui.	2.652	4.696	<0.001	
11. Voir que j'arrive à aider mon enfant dans son bégaiement est satisfaisant.	3.783	4.913	0.051	
12. Je ne m'en veux pas même si mon enfant bégaié.	3.261	4.783	0.022	
13. Je me sens capable d'expliquer le bégaiement de mon enfant à mon entourage.	3.043	4.913	0.002	

Légende : SCP = sentiment de compétence parentale

2.2 Score échelle Palin PRS

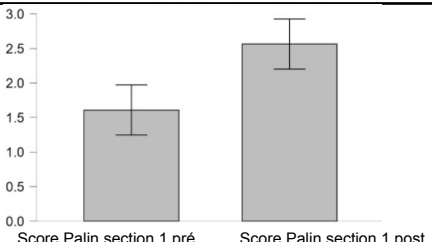
2.2.1 Section 1

La première section de l'échelle d'évaluation parentale Palin PRS évalue l'impact du bégaiement sur l'enfant. Avant le programme, le score moyen observé pour cette section était de 1.609, traduisant une perception globalement élevée de l'impact du bégaiement sur

l'enfant. À l'issue de l'intervention, ce score moyen s'élevait à 2.565, indiquant une diminution perçue de cet impact, évalué cette fois comme modéré. L'analyse statistique révèle que cette progression est significative ($p < 0.001$). Le tableau 6 rapporte ces résultats.

Tableau 6 :

Evolution du score Palin PRS section 1: Impact du bégaiement sur l'enfant

Test	Moyenne	DS	p-value	Représentation graphique
Pré-test	1.609	1.076	<0.001	
Post-test	2.565	0.788		

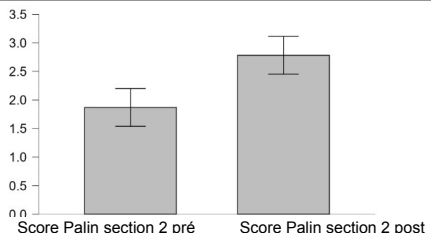
Légende : DS = déviation standard

2.2.2 Section 2

Le tableau 7 rapporte les résultats de la seconde section de l'échelle d'évaluation parentale Palin PRS permettant d'évaluer à la fois la sévérité perçue du bégaiement et son impact sur les parents. Avant la mise en place du programme, le score moyen observé dans cette section était de 1.870, indiquant une perception globalement élevée de la sévérité et de l'impact du bégaiement sur les parents. Après l'intervention, le score moyen s'élevait à 2.783, traduisant une évolution vers une perception modérée de cette sévérité et de son retentissement parental. Cette amélioration est statistiquement significative ($p < 0.002$).

Tableau 7 :

Evolution du score Palin PRS section 2: Sévérité du bégaiement et impact sur les parents

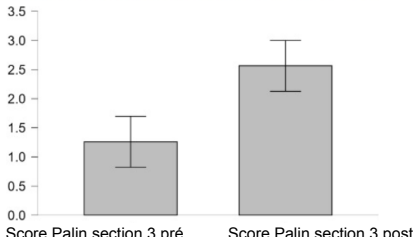
Test	Moyenne	DS	p-value	Représentation graphique
Pré-test	1.870	1.014	0.002	
Post-test	2.783	1.242		

Légende : DS = déviation standard

2.2.3 Section 3

La troisième section de l'échelle Palin PRS vise à évaluer les connaissances des parents ainsi que leur confiance dans leur capacité à gérer le bégaiement de leur enfant. Avant l'intervention, le score moyen dans cette section était de 1.261, traduisant un niveau globalement bas de connaissances et de confiance parentale. À l'issue du programme, ce score est passé à 2.565, ce qui reflète une progression vers un niveau modéré à élevé. Cette évolution est statistiquement significative ($p < 0.001$). Le tableau 8 retranscrit ces résultats.

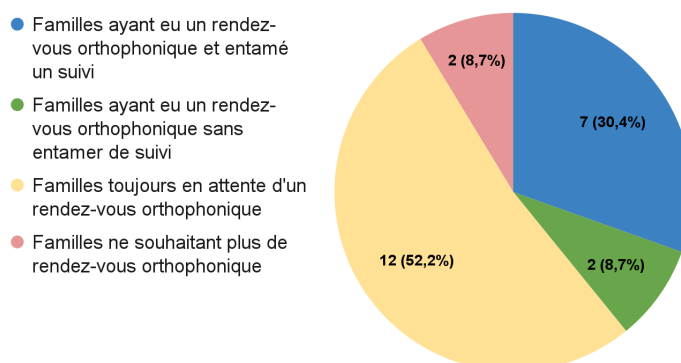
Tableau 8 :*Evolution du score Palin PRS section 3: Connaissances et confiance des parents*

Test	Moyenne	DS	p-value	Représentation graphique
Pré-test	1.261	1.251	0.001	
Post-test	2.565	1.237		

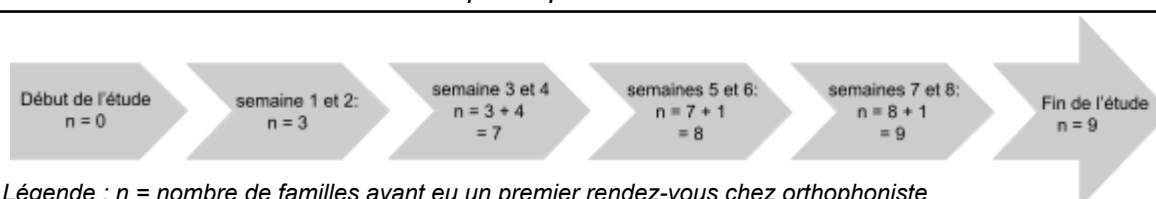
Légende : DS = déviation standard

3 Evolution de la demande orthophonique

Au total, 9 familles soit 39,1 % des participants ont obtenu un premier rendez-vous orthophonique, dont 7 (30,4 %) ont engagé un suivi. Par ailleurs, 52,2 % des parents (12 foyers) demeurent en attente d'une consultation, tandis que 2 familles (28,7 %) déclarent ne plus souhaiter rencontrer d'orthophoniste. Ces données sont présentées dans la figure 1.

Figure 2 :*Demande orthophonique de l'échantillon à l'issue de l'étude*

Pour les 9 familles concernées, la date du premier rendez-vous orthophonique a été recueillie. Alors qu'aucune consultation n'avait eu lieu au début de l'étude, 3 familles ont rencontré une orthophoniste au cours des deux premières semaines du programme, 4 entre la troisième et la quatrième semaine, 1 entre la cinquième et la sixième semaine, et 1 entre la septième et la huitième semaine. Ces résultats sont représentés dans la figure 2.

Figure 3 :*Évolution de l'accès aux soins orthophoniques de l'échantillon durant l'étude**Légende : n = nombre de familles ayant eu un premier rendez-vous chez orthophoniste*

4 Analyse qualitative du ressenti des parents

Les données qualitatives portant sur le vécu des parents ont également été analysées et sont présentées dans la figure 4 en Annexe F de ce mémoire.

IV Discussion

1 Résumé de l'étude

Dans un contexte de saturation de l'offre de soins orthophoniques et l'émergence des outils numériques, notre étude avait pour objectif d'évaluer l'impact d'un programme d'accompagnement parental en ligne destiné aux parents d'enfants d'âge préscolaire présentant un trouble de la fluence présumé, sur leur sentiment de compétence parentale.

Pour ce faire, nous avons proposé à des familles en attente d'une prise en soin orthophonique de suivre, durant deux mois, un programme en ligne comprenant 3 heures et 45 minutes de vidéos consacrées au bégaiement.

Au total, 31 familles ont complété le questionnaire pré-intervention. Parmi elles, 23 ont suivi l'ensemble du programme et répondu au questionnaire post-intervention.

L'analyse de leurs réponses a permis d'évaluer l'évolution de leur SCP au début et à la fin de l'étude, vérifiant ainsi notre hypothèse principale : après avoir suivi le programme en ligne, les parents en attente d'un soin orthophonique se sentiront significativement plus compétents pour appréhender leur enfant présentant une suspicion de bégaiement.

2 Discussion des résultats

2.1 Validation de l'hypothèse principale

Nos résultats étudiant l'évolution du SCP avant et après avoir suivi le programme se révèlent significatifs ($p < 0.05$), à la fois concernant le score /78 et le Palin PRS. Le score de SCP sur 78 démontre une augmentation de 18,739 points en moyenne soit 24 %. Les résultats obtenus avec l'échelle Palin PRS vont dans le même sens avec une augmentation significative du SCP ($p < 0.05$) dans chacune des trois sections. La cohérence des scores entre ces deux échelles renforce d'autant plus leur validité. Par ailleurs, l'échelle Palin PRS choisie pour mesurer les effets de notre intervention a été empiriquement validée (Millard & Davis, 2016) et est reconnue aujourd'hui comme un outil de référence dans le domaine de l'évaluation du vécu parental face au bégaiement de leur enfant, ce qui renforce la validité extrinsèque de nos résultats. Ainsi, ces données nous permettent de valider notre hypothèse qu'un programme d'accompagnement parental en ligne en bégaiement permet d'améliorer le SCP.

Ces résultats s'inscrivent dans la lignée de la littérature actuelle qui rapporte les effets bénéfiques des thérapies indirectes en lignes (Bellon-Harn et al., 2020) et appuient les études antérieures ayant démontré que les programmes parentaux permettent d'augmenter leur SCP (Coleman & Karraker, 1998; Tucker et al., 1998).

2.2 Analyse des composantes du SCP

Comme nous l'avons vu précédemment, selon Johnston et Mash (1989), le SCP se compose d'une dimension instrumentale et d'une dimension affective. L'analyse plus précise de chaque items composant le SCP sur 78 permet de nous éclairer sur ces différentes composantes. Les résultats montrent une augmentation du score pour l'ensemble des items, avec un seuil de significativité atteint pour neuf d'entre eux.

Concernant la dimension instrumentale, qui renvoie au sentiment d'efficacité parentale, plusieurs items atteignent ce seuil. On la retrouve notamment à travers l'item 2 «Je connais les facteurs aggravant le bégaiement de mon enfant», l'item 8 «Je me sens capable d'aider mon enfant à parler de manière plus fluide», l'item 9 «Je sais quoi proposer pour rebondir sur les difficultés liées au bégaiement de mon enfant» ou encore l'item 13 «Je me sens capable d'expliquer le bégaiement de mon enfant à mon entourage» qui ont tous augmenté significativité après le programme. Sur le plan qualitatif, cette amélioration du sentiment d'efficacité est corroborée par la diminution marquée de certaines affirmations comme «Je manque d'outils» qui était rapportée par 16 parents (69,5%) en pré-test contre seulement un (4,3%) après l'intervention ou «Je ne sais pas comment l'aider», relevée par 15 familles (65,2%) avant le programme puis seulement 2 (8,6%) à la fin. Ces éléments tendent à confirmer l'effet positif du programme sur la dimension instrumentale du SCP, en renforçant chez les parents leur sentiment d'être mieux équipés pour accompagner leur enfant dans la gestion du bégaiement.

D'autre part, la dimension affective du sentiment de compétence parentale, correspondant au sentiment de satisfaction dans le rôle d'accompagnant, a également été mesurée. Celle-ci a notamment été explorée à travers l'item 1 «Dans l'ensemble, je suis satisfait.e de la façon dont j'accompagne mon enfant dans le développement de son langage», l'item 4 «Quand j'aide mon enfant dans son bégaiement, je me sens à l'aise dans ce rôle» ainsi que l'item 6 «Je me sens à l'aise face au bégaiement de mon enfant», qui ont tous présenté une augmentation statistiquement significative. Sur le plan qualitatif, cette amélioration du sentiment de satisfaction est également observée. Avant l'intervention, l'affirmation «J'ai peur de mal faire» était partagée par 13 familles (56,5%), tandis qu'après le programme, elle n'était plus rapportée que par 4 familles (17,4%). Ces résultats traduisent une progression notable du confort émotionnel des parents dans leur accompagnement, suggérant que l'intervention a permis de réduire l'anxiété et les appréhensions liées à leur rôle auprès de leur enfant.

2.3 Analyse des sections de l'échelle Palin PRS

Examinons à présent en détail chacune des sections de l'échelle Palin PRS. Concernant la section 1 qui évalue spécifiquement l'impact du bégaiement sur l'enfant, les

résultats montrent qu'avant l'intervention le score moyen (1.609 points) reflétait une perception parentale d'un impact élevé. Ce constat suggère que les parents considéraient que le bégaiement avait des répercussions importantes sur le bien-être et le quotidien de leur enfant. Après l'intervention une diminution significative ($p= 0.001$) du score moyen est observée (2.565 points) avec un impact désormais perçu comme modéré. Cette évolution témoigne, selon les parents, d'une amélioration du vécu de l'enfant face à son trouble de la fluence. Cette perception plus positive pourrait être liée à une amélioration réelle du vécu de l'enfant mais également à une évolution du regard porté par les parents eux-mêmes, qui sont dès lors mieux informés et confiants après l'intervention.

Les résultats de la seconde section, portant sur l'évaluation de la sévérité du bégaiement ainsi que de son impact sur les parents, montrent également une évolution significative à l'issue des deux mois d'intervention ($p=0.002$). Alors que les scores recueillis avant le programme (1.870 points) indiquaient des niveaux perçus comme « élevés », ils atteignent désormais 2.783 points et sont qualifiés de « modérés ». Cette variation suggère non seulement une amélioration de la perception de la sévérité du bégaiement, mais également une atténuation du vécu parental en lien avec les difficultés de leur enfant, ce qui témoigne de l'effet bénéfique du programme tant sur l'enfant que sur son environnement familial.

La troisième section qui évalue les connaissances et la confiance du parent révèle également une progression significative ($p<0,001$) à l'issue de l'intervention. Avant la mise en place du programme, le score moyen obtenu (1,261 point) indiquait un niveau globalement bas dans ces dimensions. À la fin des deux mois d'accompagnement, ce score s'élève à 2,565 points traduisant une évolution vers un niveau modéré à élevé. Cette amélioration suggère que le programme a permis non seulement d'enrichir les connaissances des parents sur le bégaiement mais aussi de renforcer leur sentiment de compétence pour accompagner leur enfant au quotidien.

2.4 Etude de l'évolution de l'accès au soin orthophonique

Notre étude nous a également permis d'observer l'état de l'accès au soin orthophonique chez l'enfant d'âge préscolaire qui bégaié. Parmi les 31 familles ayant complété le questionnaire initial, 8 n'ont finalement pas suivi le programme jusqu'à son terme. La majorité de ces familles n'a plus donné suite sans fournir d'explication, tandis que certaines ont exprimé leur souhait de se retirer de l'étude après avoir obtenu un rendez-vous orthophonique, avant même de débiter le programme. Parmi les 23 familles ayant effectivement suivi le programme, 9 (soit 39,1 %) ont pu consulter une orthophoniste pendant les deux mois de l'étude.

Ces résultats sont encourageants et font état d'une certaine réactivité du système de prise en soin pour cette population. Une enquête internationale menée auprès de 267 orthophonistes de 10 pays différents corrobore cela en révélant que les enfants qui bégaiement sont considérés parmi les cas à haute priorité d'intervention (McGill et al., 2021). Cette priorisation reflète l'importance accordée à une prise en charge précoce du bégaiement afin de limiter l'apparition de symptômes secondaires et les conséquences sur la qualité de vie de la personne qui bégaiement.

3 Points forts et limites de l'étude

3.1 Points forts

Notre étude apporte un éclairage nouveau sur les interventions orthophoniques en ligne, encore peu explorées, à destination des parents d'enfants de 3 à 6 ans présentant une suspicion de bégaiement. Plusieurs éléments méthodologiques, cliniques et contextuels renforcent la solidité et la pertinence de notre travail.

Tout d'abord, il s'agit d'une étude de cohorte interventionnelle prospective permettant d'observer l'évolution des participants dans le temps à partir d'une intervention ciblée. La durée de deux mois a permis une approche longitudinale qui a favorisé une meilleure compréhension des effets de l'intervention, tout en limitant certains biais comme ceux liés à l'évolution naturelle du bégaiement qui pourrait influencer le SCP. Par ailleurs, les analyses statistiques rigoureuses réalisées avec des tests standardisés assurent la fiabilité et la validité des résultats obtenus. Le score utilisé pour mesurer le SCP, a été déjà validé dans d'autres travaux (Bouchard, 2023; Morizot, 2024; Vialatte, 2023) offrant ainsi un fondement méthodologique rigoureux. De plus, la comparaison de ce score avec un outil de référence dans le domaine des troubles de la fluence, le Palin PRS, permet une mise en perspective précieuse et renforce la portée clinique des résultats.

Un autre point fort réside dans la forte validité écologique du programme, conçu pour être immédiatement applicable et ancré dans les situations réelles des familles. L'intervention a permis de répondre aux besoins concrets des parents, dans un contexte où l'accès à un suivi orthophonique est souvent limité ou retardé. Le fort engagement parental en est une illustration significative : plusieurs familles ayant rencontré une orthophoniste au cours du programme ont néanmoins choisi de le poursuivre, soulignant la valeur ajoutée perçue de l'accompagnement parental, même lorsqu'il est mené en parallèle d'un suivi thérapeutique. Cela témoigne d'un intérêt clinique réel ce qui positionne le programme comme une ressource complémentaire pertinente pour soutenir les familles dès les premières étapes du parcours de soin face aux troubles de la fluence.

3.2 Limites

3.2.1 Méthodologie et recrutement

Cependant, notre étude présente certaines limites méthodologiques qu'il est important de relever. La taille de l'échantillon constitue une première limite considérable. Le nombre final de participants s'élève en effet à 23 familles, en raison de difficultés de recrutement. Ceci s'explique par plusieurs facteurs comme la prévalence relativement faible du bégaiement ainsi que l'accès prioritaire au soin orthophonique pour les enfants d'âge préscolaires qui bégaiant, comme évoqué précédemment.

Ce faible effectif a également eu pour conséquence l'impossibilité de constituer un groupe contrôle, limitant ainsi notre capacité à neutraliser certains biais. En effet, l'absence de groupe témoin nous empêche d'exclure entièrement des facteurs confondants tels que la récupération spontanée du bégaiement chez l'enfant, les conditions psychologiques, sociales, économiques et familiales des parents, ou encore d'éventuelles prises d'initiatives parentales en dehors du programme.

De plus, l'initiation d'un suivi orthophonique en parallèle de l'étude constitue une autre variable non contrôlée qui pourrait avoir influencé les résultats. Nous relevons en effet que 30,1% des participants (7 familles) ont entamé une prise en soin durant les deux mois de l'étude, ce qui constitue un facteur confondant non négligeable. Ce constat est néanmoins très intéressant car il reflète une réalité clinique actuelle sur l'accès au soin orthophonique chez cette population, avec un accès vraisemblablement plus rapide que pour d'autres types de troubles. En choisissant de mener cette étude au plus près des conditions réelles, nous avons pu observer cette dynamique. Bien qu'il complexifie l'analyse de l'impact isolé du programme, ce constat témoigne néanmoins de l'intérêt d'études écologiquement ancrées, en lien direct avec les pratiques cliniques actuelles.

3.2.2 Suivi et adhésion parentale

Durant les deux mois d'intervention, le maintien de l'engagement parental a soulevé certaines interrogations, notamment en raison du nombre important de relances nécessaires pour inciter certains participants, pourtant initialement volontaires et motivés, à accéder à la plateforme pour rejoindre et suivre le programme. Sur les 31 familles ayant rempli le questionnaire pré-test, 8 se sont finalement retirées et n'ont pas souhaité suivre le programme.

Par ailleurs, la contrainte de temps a été mentionnée par certaines familles comme un frein à l'adhésion complète au programme. En effet, l'analyse qualitative révèle que l'affirmation « Je n'ai pas le temps » constitue le seul ressenti négatif dont la prévalence a augmenté entre le pré-test et le post-test, avec 17,4% (n=4) des parents l'ayant relevé initialement, contre 26 % (n=6) à la fin du programme. Ces résultats témoignent d'une prise

de conscience, chez certains parents, de l'implication et du temps que requiert l'accompagnement de leur enfant dans son bégaiement. Bien que le programme ait été pensé pour s'intégrer dans le quotidien, l'investissement régulier demandé a pu représenter une charge dans certaines familles, ce qui pourrait avoir limité les effets potentiels de l'intervention.

En outre, la baisse d'engagement de certains parents peut être en lien avec l'autonomie que requiert ce type de programme numérique. La littérature appuie cette idée en expliquant que l'intervention indirecte repose sur un partenariat triadique entre l'enfant, les parents et l'orthophoniste (Périchon & Gonnot, 2021). L'absence de contact direct avec un professionnel et le manque de construction d'une alliance thérapeutique ont donc pu limiter leur implication. Des études ont en effet démontré que les interventions numériques dans le soin sont d'autant plus appréciées lorsqu'elles sont couplées à un accompagnement en présentiel (Chatterjee et al., 2021).

4 Apport de l'étude en orthophonie

Les résultats de notre étude confirment la pertinence d'un programme d'accompagnement parental en ligne pour renforcer SCP. Dans la littérature, l'efficacité des approches centrées sur les parents chez l'EQB a été largement prouvée. Ces dernières visent à ajuster l'environnement de l'enfant, en soutenant ses interlocuteurs principaux afin de favoriser la fluence et prévenir la chronicisation du trouble (Shenker & Santayana, 2018). Former les parents à mieux comprendre et accompagner leur enfant participe à leur empowerment afin de leur faire reprendre confiance en leurs capacités (Tilkin et al., 2020). Notre étude a révélé qu'après une intervention indirecte en ligne, les parents se sentent plus compétents pour aider leur enfant et perçoivent une réduction de la sévérité et de l'impact du bégaiement tant sur l'enfant que sur eux-mêmes. Dans un contexte de saturation du soin, ce type de programme peut offrir une réponse pertinente. En effet, la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO, 2019) dénonce un déséquilibre persistant entre l'offre et la demande de soins, générant une pression croissante sur les professionnels et un accès aux soins retardé. Pourtant, ces programmes indirects ne disposent pas à ce jour d'un acte spécifique dans la nomenclature des orthophonistes, malgré la création récente d'un acte dédié au « bilan de prévention et d'accompagnement parental » (FNO, 2022).

Dans cette continuité, l'essor du numérique en santé ouvre de nouvelles perspectives en matière d'accessibilité aux soins. Les interventions en ligne, lorsqu'elles sont bien conçues, ont montré leur efficacité, notamment dans le champ de l'accompagnement parental (Andersson, 2018; Van Eerdenbrugh et al., 2017; Vismara et al., 2018). Notre étude corrobore ceci en démontrant que ce type d'outil peut répondre aux besoins des familles en attente d'un rendez-vous chez un orthophoniste, lorsqu'elles sont prêtes à s'investir de

manière autonome. Ce modèle d'intervention peut-être particulièrement pertinent dans les zones où l'accès aux soins est limité ou ralenti. Néanmoins, il ne peut être généralisé à tous les profils parentaux. L'absence de rencontre physique avec un professionnel peut constituer un frein pour certaines familles, notamment en raison de l'autonomie exigée par un dispositif à distance.

Pour optimiser les résultats de ces programmes en ligne, une piste d'évolution serait de les articuler avec le nouveau bilan de prévention et d'accompagnement parental. Cette rencontre en présentiel avec un orthophoniste permettrait non seulement de créer une alliance thérapeutique plus solide, mais aussi d'ajuster le programme aux spécificités de chaque famille. Comme le suggèrent plusieurs travaux (Chatterjee et al., 2021), les interventions numériques en santé sont généralement plus efficaces et mieux acceptées lorsqu'elles sont couplées à un accompagnement en face à face.

Enfin, bien que notre étude ciblait initialement les familles en attente d'un suivi, elle a également révélé que cet outil peut être bénéfique en parallèle d'une prise en soin orthophonique. Certains parents ont poursuivi le programme même après avoir débuté des séances avec leur enfant, soulignant son utilité complémentaire. Il pourrait ainsi être envisagé comme un soutien indirect aux familles, en lien avec une intervention directe classique. Cette complémentarité entre les modalités d'intervention pourrait représenter un axe de développement prometteur pour les pratiques orthophoniques futures.

5 Perspectives de recherche

L'étude réalisée pourrait tout à fait être approfondie lors de futures recherches autour de l'essor d'outils numériques en accompagnement parental.

Premièrement, comme nous l'avons vu précédemment, il serait pertinent d'évaluer l'effet de ce type d'intervention en complément d'une prise en soin directe ou à la suite d'un bilan de prévention et d'accompagnement parental.

Par ailleurs, une évaluation à plus long terme serait intéressante pour analyser la pérennité des effets et le maintien du SCP. En effet, Caouette (1995) décrit trois phases dans l'appropriation des conseils par les parents : une première phase d'investissement fort, suivie d'une baisse liée aux contraintes du quotidien, puis d'une réappropriation autonome des stratégies. Dans notre étude, les parents ont exprimé leur volonté de poursuivre l'application des outils, mais l'évolution de cet engagement dans le temps reste inconnue.

Enfin, il serait également intéressant d'évaluer l'impact de ce type d'accompagnement sur l'enfant lui-même. Mesurer l'évolution de la sévérité du bégaiement, la perception que l'enfant en a, ou encore son vécu émotionnel face à ses difficultés, pourraient permettre de mieux cerner les bénéfices globaux d'une telle intervention, au-delà du ressenti parental.

V Conclusion

Dans un contexte où les défis d'accès aux soins en orthophonie sont de plus en plus marqués par l'allongement des listes d'attente et la surcharge professionnelle, il devient essentiel de penser de nouvelles modalités d'intervention. Parmi elles, l'accompagnement parental apparaît comme une piste pertinente pour permettre une prise en soin précoce.

Notre étude avait pour objectif d'évaluer si un programme d'accompagnement parental en ligne pouvait aider les parents d'enfants de 3 à 6 ans présentant une suspicion de trouble de la fluence à se sentir plus compétents pour soutenir leur enfant au quotidien. Pour cela, nous avons mené une étude prospective auprès de 23 familles mesurant l'évolution du sentiment de compétence parentale avant et après l'intervention. Les résultats se sont révélés prometteurs, avec une augmentation significative de leur sentiment de compétences et une diminution de leur perception de l'impact du bégaiement sur leur enfant et eux-même. Ce type de programme semble donc représenter une solution complémentaire intéressante dans un parcours de soin, que ce soit en amont d'un suivi orthophonique ou en parallèle.

Ces données s'inscrivent dans la lignée de la littérature actuelle sur l'efficacité des interventions indirectes, et ouvrent la voie à de futures recherches concernant les possibilités offertes par le numérique pour renforcer l'implication précoce des parents dans la prise en soin orthophonique.

À l'aube de nos premiers pas d'orthophoniste, cette évolution des pratiques vers un soin fonctionnel, préventif et centré sur l'environnement de l'enfant ouvre des perspectives inspirantes. Elle représente une orthophonie dynamique, à l'écoute et capable de s'adapter aux besoins concrets des familles tout en s'ancrant dans une démarche fondée sur les preuves.

Références

- Achouche, V., Piollet, M., Temame, M., Cao, X. N., D'herbemont, V., Moreau, J., & Wendland, J. (2024). The impact of a mobile application on parental attitudes, their knowledge of child development, and sense of parenting self-competence : A pilot study. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 182(3), 233-241. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2022.09.010>
- Ambrose, N. G., & Yairi, E. (1999). Normative Disfluency Data for Early Childhood Stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(4), 895-909. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4204.895>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5—Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier Masson.
- Andersson, G. (2018). Internet interventions : Past, present and future. *Internet Interventions*, 12, 181-188. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.03.008>
- Andrews, C., Trajkovski, N., O'Brian, S., & Onslow, M. (2023). *Westmead Program Treatment Guide v1.3 2023-02-28*.
- Andrus, M. R., & Roth, M. T. (2002). Health Literacy : A Review. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 22(3), 282-302. <https://doi.org/10.1592/phco.22.5.282.33191>
- Antheunis, P., Ercolani-Bertrand, F., & Roy, S. (2007). L'accompagnement parental au cœur des objectifs de prévention de l'orthophoniste. Le travail avec les outils Dialogoris 0/4 ans et Dialogoris 0/4 ans Orthophoniste. *Contraste*, 26(1), 303-320. <https://doi.org/10.3917/cont.026.0303>
- Association Parole Bégaiement. (s. d.). *Bibliothèque | Association Parole Bégaiement*. Consulté 10 mars 2025, à l'adresse <https://www.begalement.org/bibliotheque/>
- Bakker, K., Brutten, G. J., Janssen, P., & Meulen, S. van der. (1991). An eyemarking study of anticipation and dysfluency among elementary school stutterers. *Journal of Fluency Disorders*, 16(1), 25-33. [https://doi.org/10.1016/0094-730X\(91\)90033-9](https://doi.org/10.1016/0094-730X(91)90033-9)
- Beal, D. S., Gracco, V. L., Brettschneider, J., Kroll, R. M., & De Nil, L. F. (2013). A

- voxel-based morphometry (VBM) analysis of regional grey and white matter volume abnormalities within the speech production network of children who stutter. *Cortex*, 49(8), 2151-2161. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2012.08.013>
- Bellon-Harn, M. L., Morris, L. R., Manchaiah, V., & Harn, W. E. (2020). Use of Videos and Digital Media in Parent-implemented Interventions for Parents of Children with Primary Speech Sound And/or Language Disorders : A Scoping Review. *Journal of Child and Family Studies*, 29(12), 3596-3608. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01842-x>
- Berchiatti, M., Badenes-Ribera, L., Ferrer, A., Longobardi, C., & Giovanna Maria Gastaldi, F. (2020). School adjustment in children who stutter : The quality of the student-teacher relationship, peer relationships, and children's academic and behavioral competence. *Children and Youth Services Review*, 116, 105226. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105226>
- Bloodstein, O., Ratner, N. B., & Brundage, S. B. (2021). *A Handbook on Stuttering, Seventh Edition*. Plural Publishing.
- Bo, A. (2000). Essai d'adaptation d'un programme familial à la pratique en libéral. In *Rééducation orthophonique : L'accompagnement familial*.
- Bond, L. A., & Burns, C. E. (2006). Mothers' Beliefs about Knowledge, Child Development, and Parenting Strategies : Expanding the Goals of Parenting Programs. *The Journal of Primary Prevention*, 27(6), 555-571. <https://doi.org/10.1007/s10935-006-0061-9>
- Boucand, V. A., & Vincent, E. (2023). *Aider son enfant à parler et communiquer : 50 fiches contre le bégaiement et le bredouillement*. De Boeck Supérieur.
- Bouchard, A. (2023). *Prévention orthophonique des difficultés de langage oral : Effets d'un programme parental en ligne sur le sentiment de compétence parentale* [Mémoire d'orthophonie, Université Claude Bernard Lyon 1]. bibnum.
- Bridgman, K., Onslow, M., O'Brian, S., Jones, M., & Block, S. (2016). Lidcombe Program Webcam Treatment for Early Stuttering : A Randomized Controlled Trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR*, 59(5), 932-939.

https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-S-15-0011

- Busan, P. (2020). Developmental stuttering and the role of the supplementary motor cortex. *Journal of Fluency Disorders*, 64, 105763. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2020.105763>
- Caouette, M.-P. (1995). *Perception des parents relativement aux activités réalisées à domicile à la demande de l'orthophoniste*. Université de Montréal.
- Chang, S.-E. (2014). Research Updates in Neuroimaging Studies of Children Who Stutter. *Seminars in Speech and Language*, 35(02), 067-079. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1382151>
- Chang, S.-E., Erickson, K. I., Ambrose, N. G., Hasegawa-Johnson, M. A., & Ludlow, C. L. (2008). Brain anatomy differences in childhood stuttering. *NeuroImage*, 39(3), 1333-1344. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2007.09.067>
- Chang, S.-E., & Zhu, D. C. (2013). Neural network connectivity differences in children who stutter. *Brain*, 136(12), 3709-3726. <https://doi.org/10.1093/brain/awt275>
- Chassey, J. de. (2003). *Thérapie comportementale et cognitive*. <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=cfb318ee-4cdb-3106-9a32-1b505b8bac3e>
- Chatterjee, A., Strong, G., Meinert, E., Milne-Ives, M., Halkes, M., & Wyatt-Haines, E. (2021). The use of video for patient information and education : A scoping review of the variability and effectiveness of interventions. *Patient Education and Counseling*, 104(9), 2189-2199. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.02.009>
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (1998). Self-Efficacy and Parenting Quality : Findings and Future Applications. *Developmental Review*, 18(1), 47-85. <https://doi.org/10.1006/drev.1997.0448>
- Coquet, F. (2017). *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent : Les parents au coeur de l'intervention orthophonique / Françoise Coquet*. <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=dec94f84-9250-3fd5-8f45-b387988cdd00>

- Daniels, D. E., Gabel, R. M., & Hughes, S. (2012). Recounting the K-12 school experiences of adults who stutter: A qualitative analysis. *Journal of Fluency Disorders*, 37(2), 71-82. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.12.001>
- Davies, K. E., Marshall, J., Brown, L. J., & Goldbart, J. (2017). Co-working: Parents' conception of roles in supporting their children's speech and language development. *Child Language Teaching and Therapy*, 33(2), 171-185. <https://doi.org/10.1177/0265659016671169>
- De Place, A. (2018). Implication des parents dans le travail mené en orthophonie avec leurs enfants: Un retour d'expérience. *Enfances & Psy*, 79(3), 111-117. <https://doi.org/10.3917/ep.079.0111>
- Denni-Krichel, N. (2003). Le partenariat parents-orthophonistes. *Enfances & Psy*, 21(1), 50-57. <https://doi.org/10.3917/ep.021.0050>
- Didirkova, I. (2016). *Parole, langues et disfluences: Une étude linguistique et phonétique du bégaiement* [Phdthesis, Université Paul Valéry - Montpellier III]. <https://theses.hal.science/tel-01469796>
- Didirkova, I., Fauth, C., Hirsch, F., Luxardo, G., & Diwersy, S. (2016). Disfluences normales vs. Disfluences sévères: Une étude acoustique. *Actes de la conférence conjointe JEP-TALN-RECITAL 2016, 1: JEP*, 191-199. <https://hal.science/hal-01518782>
- Dufournier, P. (2017). *De la formation ouverte à distance à la rééducation orthophonique à distance: Vers une nouvelle approche enrichie de l'orthophonie?* [Phdthesis, Université de Lyon]. <https://theses.hal.science/tel-01807657>
- FNO. (2019). *La réponse à la demande de soins en orthophonie: Un enjeu majeur de santé publique. Une nécessité pour notre profession. Une priorité de la Fédération Nationale des Orthophonistes.* https://fno.fr/wpcontent/uploads/2019/10/NS20191015_Acces_Orthophonie.pdf
- FNO. (2022). *Signature de l'avenant n°19 – 25 février 2022 – Fédération Nationale des Orthophonistes.* <https://www.fno.fr/actualites/signature-de-lavenant-n19/>
- Franken, M.-C., & Laroës, E. (2021). *RESTART-DCM method* (revisited edition 2025, version

- 3.0). <https://restartdcm.nl/english-restart-dcm-workshops/>
- Frigerio-Domingues, C., & Drayna, D. (2017). Genetic contributions to stuttering: The current evidence. *Molecular Genetics & Genomic Medicine*, 5(2), 95-102. <https://doi.org/10.1002/mgg3.276>
- Gibbard, D., Roulstone, S., Kandala Shadrack, N. I., Morgan, L., Harding, S., Smith, C., & Markham, C. (2024). A randomised controlled trial of the effectiveness of parent-based models of language intervention for 2- to 3-year-old children with speech, language and communication needs (SLCN) in areas of social disadvantage. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 59(4), 1517-1537. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.13016>
- Goldberg, R. (2010). Critical Review: Is parent based intervention equally as effective for improving language outcomes as clinic based therapy for preschool children with language impairment? *University of Western Ontario: Communication Science(Online abrufbar and Disorders*. <http://www.uwo.ca/fhs/lwm/ebp/reviews/2010-11/Goldberg.pdf>. <https://publish.uwo.ca/~emacphe3/CSD9761/EBP2011/Goldberg.pdf>
- Gracco, V. L., Sares, A. G., & Koirala, N. (2022). Structural brain network topological alterations in stuttering adults. *Brain Communications*, 4(2), fcac058. <https://doi.org/10.1093/braincomms/fcac058>
- Heidlage, J. K., Cunningham, J. E., Kaiser, A. P., Trivette, C. M., Barton, E. E., Frey, J. R., & Roberts, M. Y. (2020). The effects of parent-implemented language interventions on child linguistic outcomes: A meta-analysis. *Early Childhood Research Quarterly*, 50, 6-23. <https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2018.12.006>
- Hohlfeld, A. S. J., Harty, M., & Engel, M. E. (2018). Parents of children with disabilities: A systematic review of parenting interventions and self-efficacy. *African Journal of Disability*, 7(1), 1-12. <https://doi.org/10.4102/ajod.v7i0.437>
- Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A Measure of Parenting Satisfaction and Efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 167-175. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1802_8

- Jones, M., Onslow, M., Packman, A., Williams, S., Ormond, T., Schwarz, I., & Gebski, V. (2005). Randomised controlled trial of the Lidcombe programme of early stuttering intervention. *BMJ*, 331(7518), 659. <https://doi.org/10.1136/bmj.38520.451840.E0>
- Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25(3), 341-363. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.12.004>
- Kang, C., Riazuddin, S., Mundorff, J., Krasnewich, D., Friedman, P., Mullikin, J. C., & Drayna, D. (2010). Mutations in the Lysosomal Enzyme–Targeting Pathway and Persistent Stuttering. *New England Journal of Medicine*, 362(8), 677-685. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0902630>
- Kefalianos, E., Onslow, M., Packman, A., Vogel, A., Pezic, A., Mensah, F., Conway, L., Bavin, E., Block, S., & Reilly, S. (2017). The History of Stuttering by 7 Years of Age: Follow-Up of a Prospective Community Cohort. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(10), 2828-2839. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0205
- Kelman, E., & Nicholas, A. (2022). *Programme PCI contre le bégaiement*. De Boeck Supérieur.
- Kraft, S. J., & Yairi, E. (2011). Genetic Bases of Stuttering: The State of the Art, 2011. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 64(1), 34-47. <https://doi.org/10.1159/000331073>
- Laiho, A., Elovaara, H., Kaisamatti, K., Luhtalampi, K., Talaskivi, L., Pohja, S., Routamo-Jaatela, K., & Vuorio, E. (2022). Stuttering interventions for children, adolescents, and adults: A systematic review as a part of clinical guidelines. *Journal of Communication Disorders*, 99, 106242. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2022.106242>
- Langevin, M., Packman, A., & Onslow, M. (2009). Peer Responses to Stuttering in the Preschool Setting. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 18(3), 264-276. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2009/07-0087\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2009/07-0087))
- Law, J., Garrett, Z., & Nye, C. (2003). Speech and language therapy interventions for

- children with primary speech and language delay or disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004110>
- Leclercq, A.-L., Suaire, P., & Moyse, A. (2018). Beyond stuttering : Speech disfluencies in normally fluent French-speaking children at age 4. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 32(2), 166-179. <https://doi.org/10.1080/02699206.2017.1344878>
- Levickis, P., McKean, C., Wiles, A., & Law, J. (2020). Expectations and experiences of parents taking part in parent-child interaction programmes to promote child language : A qualitative interview study. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 55(4), 603-617. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12543>
- Mayer, R. E., & Moreno, R. (2003). Nine Ways to Reduce Cognitive Load in Multimedia Learning. *Educational Psychologist*. https://doi.org/10.1207/S15326985EP3801_6
- McGill, N., McLeod, S., Crowe, K., Wang, C., & Hopf, S. C. (2021). Waiting lists and prioritization of children for services : Speech-language pathologists' perspectives. *Journal of Communication Disorders*, 91, 106099. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2021.106099>
- Meuter, R. F. I., Gallois, C., Segalowitz, N. S., Ryder, A. G., & Hocking, J. (2015). Overcoming language barriers in healthcare : A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language. *BMC Health Services Research*, 15(1), 371. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1024-8>
- Millard, S. K., & Davis, S. (2016). The Palin Parent Rating Scales : Parents' Perspectives of Childhood Stuttering and Its Impact. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 59(5), 950-963. https://doi.org/10.1044/2016_jslhr-s-14-0137
- Millard, S. K., Zebrowski, P., & Kelman, E. (2018). Palin Parent-Child Interaction Therapy : The Bigger Picture. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(3S), 1211-1223. https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-ODC11-17-0199
- Monfrais-Pfauwadel, M.-C. (2022). *Bégaiement, bégaiements / Marie-Claude Monfrais-Pfauwadel*.
- Morizot, F. (2024). *Effets d'un programme d'accompagnement parental en ligne sur le*

sentiment de compétence parentale : Intervention auprès de parents d'enfants âgés de 3 à 6 ans présentant des difficultés de parole [Mémoire d'orthophonie, Université Claude Bernard Lyon 1]. bibnum.

Naz, H., & Kausar, R. (2022). Stuttering related and psychosocial predictors of impact of stuttering. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 72(9), 1704-1707. <https://doi.org/10.47391/JPMA.925>

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>

Onslow, M. (2023). *Stuttering and its Treatment : Twelve Lectures*.

Onslow, M. (2024). *Lidcombe Program Treatment Guide v1.6 2024-02-28*.

Onslow, M., & Millard, S. (2012). Palin Parent Child Interaction and the Lidcombe Program : Clarifying some issues. *Journal of Fluency Disorders*, 37(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.10.002>

Périchon, J., & Gonnot, S. (2021). Le Partenariat-Parental en Orthophonie : Proposition d'une nouvelle classification terminologique. *L'orthophoniste*, 406, 19-23.

Peters, H. F. M., & Starkweather, C. W. (1989). Development of stuttering throughout life. *Journal of Fluency Disorders*, 14(5), 303-321. [https://doi.org/10.1016/0094-730X\(89\)90013-2](https://doi.org/10.1016/0094-730X(89)90013-2)

Piérart, B. (2013). Les bégaiements de l'enfant. *Enfance*, 3(3), 201-205. <https://doi.org/10.3917/enf1.133.0201>

Piérart, B. (2018). *Neuropsychologie du bégaiement : [De la compréhension au traitement]*.

Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., Débarges, B., Clavel, N., & Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : Enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, S1(HS), 41-50. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0041>

Quiban, C. (2020). Addressing Needs of Hospitalized Patients With Autism : Partnership With Parents. *Critical Care Nursing Quarterly*, 43(1), 68. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000292>

- Raza, M. H., Mattera, R., Morell, R., Sainz, E., Rahn, R., Gutierrez, J., Paris, E., Root, J., Solomon, B., Brewer, C., Basra, M. A. R., Khan, S., Riazuddin, S., Braun, A., Bonifacino, J. S., & Drayna, D. (2015). Association between Rare Variants in AP4E1, a Component of Intracellular Trafficking, and Persistent Stuttering. *The American Journal of Human Genetics*, 97(5), 715-725. <https://doi.org/10.1016/j.ajhg.2015.10.007>
- Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Cini, E., Conway, L., Ukoumunne, O. C., Bavin, E. L., Prior, M., Eadie, P., Block, S., & Wake, M. (2013). Natural History of Stuttering to 4 Years of Age : A Prospective Community-Based Study. *Pediatrics*, 132(3), 460-467. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3067>
- Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Wake, M., Bavin, E. L., Prior, M., Eadie, P., Cini, E., Bolzonello, C., & Ukoumunne, O. C. (2009). Predicting Stuttering Onset by the Age of 3 Years : A Prospective, Community Cohort Study. *Pediatrics*, 123(1), 270-277. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-3219>
- Remacle, M. (2011). Chapitre 14. Les symptômes phoniatriques dans le bégaiement. In *Les bégaiements de l'adulte* (p. 189-197). Mardaga. https://shs.cairn.info/article/MARD_PIERA_2011_01_0189
- Roberts, M., & Kaiser, A. (2011). The effectiveness of parent-implemented language interventions : A meta-analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20(3). [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2011/10-0055\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2011/10-0055))
- Rosenberg. (1969). *Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg*.
- Sadri, G., & Robertson, I. T. (1993). Self-efficacy and Work-related Behaviour : A Review and Meta-analysis. *Applied Psychology*, 42(2), 139-152. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.1993.tb00728.x>
- Sato, Y., Mori, K., Koizumi, T., Minagawa-Kawai, Y., Tanaka, A., Ozawa, E., Wakaba, Y., & Mazuka, R. (2011). Functional Lateralization of Speech Processing in Adults and Children Who Stutter. *Frontiers in Psychology*, 2. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00070>

- Sheehan, J. G. (1970). *Stuttering : Research and therapy*. (p. viii, 424). Harper & Row.
- Shenker, R. C., & Santayana, G. (2018). What Are the Options for the Treatment of Stuttering in Preschool Children? *Seminars in Speech and Language*, 39(04), 313-323. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1667160>
- Sjøstrand, Å., Kefalianos, E., Hofslundsengen, H., Guttormsen, L. S., Kirmess, M., Lervåg, A., Hulme, C., & Næss, K. B. (2019). Non-pharmacological interventions for stuttering in children aged between birth and six years. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(11), CD013489. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013489>
- 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
- Sonneville-Koedoot, C. de, Stolk, E., Rietveld, T., & Franken, M.-C. (2015). Direct versus Indirect Treatment for Preschool Children who Stutter : The RESTART Randomized Trial. *PLOS ONE*, 10(7), e0133758. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133758>
- Starkweather, C. W., Gottwald, S. R., & Halfond, M. M. (1990). Stuttering prevention : A clinical method. (*No Title*). <https://cir.nii.ac.jp/crid/1130000797761279744>
- Stiévenart, M., Loop, L., & Martinez Perez, T. (2022). Le sentiment de compétence parentale dans la prise en soins. *Ortho-Magazine*, 160. [https://doi.org/10.1016/s1262-4586\(22\)01382-6](https://doi.org/10.1016/s1262-4586(22)01382-6)
- Sugathan, N., & Maruthy, S. (2021). Predictive factors for persistence and recovery of stuttering in children : A systematic review. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 23(4), 359-371. <https://doi.org/10.1080/17549507.2020.1812718>
- Tardif-Grenier, K., & Archambault, I. (2016). Validation du Questionnaire sur l'implication parentale dans le suivi scolaire (QIPSS) chez des parents d'élèves du primaire en contexte défavorisé et pluriethnique. *European Review of Applied Psychology*, 66(3), 139-150. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2016.04.007>
- Tazouti, Y., & Jarlégan, A. (2010). Sentiment de compétence parentale, participation parentale au travail scolaire et performances scolaires de l'enfant. *Revue*

- Terrisse, B., & Trudelle, D. (1988). *Questionnaire d'auto-évaluation de la compétence éducative parentale (Q.A.E.C.E.P.), Adaptation et traduction du Parenting Sense of Competence*. Université du Québec à Montréal Groupe de recherche en adaptation scolaire et sociale (GREASS).
- Tilkin, C., De Winter, M., Ketterer, F., Etienne, A.-M., Vanmeerbeek, M., & Schoenaers, F. (2020). Considering Patients' Empowerment in Chronic Care Management: A Cross-Level Approach. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 10(1), Article 1. <https://doi.org/10.3390/ejihpe10010012>
- Tosh, R., Arnott, W., & Scarinci, N. (2017). Parent-implemented home therapy programmes for speech and language : A systematic review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 52(3), 253-269. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12280>
- Trajkovski, N., Andrews ,Cheryl, Onslow ,Mark, O'Brian ,Sue, Packman ,Ann, & and Menzies, R. (2011). A phase II trial of the Westmead Program : Syllable-timed speech treatment for pre-school children who stutter. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(6), 500-509. <https://doi.org/10.3109/17549507.2011.578660>
- Trudelle, D., & Montambault, E. (1994). Le sentiment de compétence parentale chez des parents d'enfants d'âge préscolaire. *Service social*, 43(2), 47-62. <https://doi.org/10.7202/706656ar>
- Tucker, S., Gross, D., Fogg, L., Delaney, K., & Lapporte, R. (1998). The long-term efficacy of a behavioral parent training intervention for families with 2-year-olds. *Research in Nursing & Health*, 21(3), 199-210. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199806\)21:3<199::AID-NUR3>3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199806)21:3<199::AID-NUR3>3.0.CO;2-C)
- Tumanova, V., Conture, E. G., Lambert, E. W., & Walden, T. A. (2014). Speech disfluencies of preschool-age children who do and do not stutter. *Journal of Communication Disorders*, 49, 25-41. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2014.01.003>

- Van Eerdenbrugh, S., Packman, A., Onslow, M., O'brian, S., & Menzies, R. (2017). Development of an internet version of the Lidcombe Program of early stuttering intervention : A trial of Part 1. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 19(6), 637-637. <https://doi.org/10.1080/17549507.2017.1312781>
- Van Hout, & Estienne. (1996). *Les bégaiements. Histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements*. Editions Masson.
- Vialatte, L. (2023). *Prévention orthophonique des difficultés de lecture : Effets d'un programme parental en ligne sur le sentiment de compétence parentale* [Mémoire d'orthophonie, Université Claude Bernard Lyon 1]. bibnum.
- Vismara, L. A., McCormick, C. E. B., Wagner, A. L., Monlux, K., Nadhan, A., & Young, G. S. (2018). Telehealth Parent Training in the Early Start Denver Model : Results From a Randomized Controlled Study. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 33(2), 67-79. <https://doi.org/10.1177/1088357616651064>
- Walsh, B., Bostian, A., Tichenor, S. E., Brown, B., & Weber, C. (2020). Disfluency Characteristics of 4- and 5-Year-Old Children Who Stutter and Their Relationship to Stuttering Persistence and Recovery. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research : JSLHR*, 63(8), 2555-2566. https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-19-00395
- Walsh, B., Usler, E., Bostian, A., Mohan, R., Gerwin, K. L., Brown, B., Weber, C., & Smith, A. (2018). What Are Predictors for Persistence in Childhood Stuttering? *Seminars in Speech and Language*, 39(04), 299-312. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1667159>
- Weaver, W., Shannon, C. E., Cosnier, J., & Dahan, G. (1975). *Théorie mathématique de la communication*. Retz-CEPL.
- Weir, E. (2004). Developmental dysfluency : Early intervention is key. *Canadian Medical Association Journal*, 170(12), 1790-1791. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1040733>
- Wiener, N. (2014). *La Cybernétique. Information et régulation dans le vivant et la machine : Information et régulation dans le vivant et la machine*. Média Diffusion.
- Willems, S., Durieux, N., Maillart, C., & Martinez Perez, T. (Réaliseurs). (2020). *Psychologue et orthophoniste : L'EBP au service du patient* [Vidéo]. funmooc.

<https://www.fun-mooc.fr/fr/cours/psychologue-et-orthophoniste-lebp-au-service-du-patient/>

- Yairi, E., & Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering : 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38(2), 66-87. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.11.002>
- Yairi, E., Ambrose, N. G., Paden, E. P., & Throneburg, R. N. (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)
- Yairi, E., & Ambrose, N. G. (avec Paden, E. P., & Watkins, R. V.). (2005). *Early childhood stuttering : For clinicians by clinicians*. pro-ed

Annexes

Annexe A : Notice d'information à destination des participants.....	1
Annexe B : Flyer de recrutement à destination des professionnels de la petite enfance.....	2
Annexe C : Flyer de recrutement à destination des parents	3
Annexe D : Questionnaire pré-programme.....	4
Annexe E : Questionnaire post-programme	11
Annexe F : Analyse qualitative du ressenti des parents.....	19
Annexe G : Déclaration d'utilisation d'un logiciel d'intelligence artificielle.....	20

NOTICE D'INFORMATION A DESTINATION DES PARENTS

Madame, Monsieur, Je vous propose de participer de façon volontaire à un recueil de données sur votre **sentiment de compétence parentale dans le cadre du bégaiement de votre enfant**. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce recueil de données. Si vous acceptez, vous pouvez décider à tout moment d'arrêter votre participation sans donner de justification et sans conséquence particulière.

Vous pourrez prendre le temps de lire cette notice, réfléchir à votre participation et poser toute question éventuelle à la personne réalisant le recueil de donnée :

Inès Virolle virolleines99@gmail.com, 06 52 68 45 66

Frais : Votre collaboration à ce recueil de donnée n'entraînera pas de participation financière de votre part.

Législation – Confidentialité : Toute donnée vous concernant sera traitée de façon confidentielle. Elles seront codées sans mention de votre nom et prénom. La publication des résultats ne comportera aucun résultat individuel. Les données recueillies peuvent faire l'objet d'un traitement informatisé. Selon la Loi « Informatique et Liberté » (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), vous bénéficiez à tout moment du droit d'accès, de rectification et de retrait des données vous concernant auprès des responsables de l'étude, Capucine Ackou et Hugo Testaert. La collecte et le traitement de données identifiantes ou susceptibles d'être identifiantes s'effectuent dans le respect des normes en vigueur relatives à la protection des données personnelles, notamment les dispositions du règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 (« RGPD ») et de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 (loi dite « Informatique et Libertés »). Vous pouvez formuler la demande d'être informé des résultats globaux de ce mémoire. Aucun résultat individuel ne pourra être communiqué.

La diffusion des vidéos de Logopouce est interdite, sous peine de poursuite.

Bénéfices potentiels : La finalité de cette étude est de mieux cerner les enjeux de la prévention des difficultés de fluence de l'enfant entre 3 et 6 ans. La formation en ligne donne des outils et des clés aux parents, dans l'attente d'un bilan orthophonique ou en complément d'une prise en charge orthophonique, et l'objectif indirect est de mesurer le renforcement du sentiment de compétence parentale. En effet, d'après les recherches scientifiques, nous faisons l'hypothèse qu'un sentiment de compétence parentale développé facilite l'accompagnement de l'enfant dans son bégaiement.

Risques potentiels : Le recueil de données ne présente aucun risque sérieux prévisible pour les personnes qui s'y prêteront.



Contacts



Inès Virolle

étudiante en Master2 orthophonie • ISTR, UCBLyon1



virolleines99@gmail.com



06 52 68 45 66

Direction de mémoire

Capucine Ackou Orthophoniste,
créatrice de Logopouce
capucine.ackou@gmail.com

Hugo Testaert, médecin

hugo.testaert@gmail.com

Marine Pendelieu, orthophoniste
marine.pandelieu@gmail.com

**Responsables Recherche département
d'Orthophonie UCBL :**
memoire.orthophonie@univ-lyon1.fr

Mémoire d'orthophonie

ACCOMPAGNEMENT PARENTAL EN LIGNE

Inès, étudiante en 5ème année d'orthophonie à Lyon. Je réalise un mémoire sur le **sentiment de compétence parentale pour évaluer l'efficacité de vidéos d'accompagnement pour des parents d'enfants suspectés de bégaiement/trouble de la fluence.**

Présentation

2 mois d'accès gratuit à des vidéos d'accompagnement parental créés par des orthophonistes

Le programme d'accompagnement parental Logopouce propose des vidéos pour **former les parents autour des difficultés de parole de leur enfant afin qu'ils puissent l'aider à progresser à la maison.**

Objectif

Evaluer si ce programme permet aux parents de se sentir plus compétents pour aider leur enfant si un bégaiement est suspecté.

Recrutement de participants

Je cherche à recruter des **parents** dont l'enfant :

- a entre **3 et 6 ans**
- est en classe de **petite section, moyenne section, grande section, CP**
- présente des **difficultés de fluence ou une suspicion de bégaiement** identifiées par les parents/enseignants/professionnels de la petite enfance ne présente pas d'autres troubles ou d'autres atteintes du langage oral (les capacités d'expression et de compréhension ainsi que le niveau de vocabulaire sont suffisants)
- Ne bénéficiant pas encore d'une prise en charge orthophonique pour des troubles de la fluence



Nous avons besoin de vous, professionnels de la petite enfance, pour repérer les familles susceptibles de participer à ce projet !

Déroulement de l'étude

- 1 Remplissez un questionnaire pré-programme en ligne (10-15 min)
- 2 Accédez au programme vidéo pendant 2 mois (10 à 30 min par semaine)
- 3 Remplissez un questionnaire post-programme en ligne (10-15 min)

Pour en savoir plus, scannez ce QRcode:



Contact

Inès VIROLLE
virolleines99@gmail.com
06 52 68 45 66

Mémoire d'orthophonie

ACCOMPAGNEMENT PARENTAL EN LIGNE

Votre enfant, entre 3 et 6 ans, a des difficultés de fluence ou une suspicion de bégaiement? Vous attendez un rendez-vous avec un.e orthophoniste? Nous pouvons vous aider !

Présentation et objectif de l'étude

Je propose aux parents de suivre pendant 2 mois un programme de vidéos pédagogiques créé par des orthophonistes pour les former autour des difficultés de leur enfant afin qu'ils puissent l'aider à progresser à la maison. **L'objectif de cette étude est d'évaluer si ce programme permet aux parents de se sentir plus compétents pour aider leur enfant autour de son bégaiement.**

Ce programme de formation sera mis à disposition gratuitement par la plateforme **Logopouce**.

En **novembre 2024**, j'enverrai aux parents un **premier questionnaire à remplir en ligne (10-15min)**.

Les parents auront alors accès au programme vidéo Logopouce durant **2 mois**. Ils visionneront des vidéos de formation parentale adaptées aux difficultés de leur enfant (entre 10 et 30min par semaine).

Participer à ce programme n'empêche pas les familles de débuter un suivi orthophonique si elles parviennent à obtenir un rendez-vous, elles peuvent tout à fait continuer de suivre le programme en parallèle, les deux sont complémentaires!

A la fin des 2 mois de programme, tous les parents participant à l'étude recevront un **second questionnaire**, auquel ils répondront avant fin **mars 2025**. Il sera alors possible de regarder l'évolution du sentiment de compétence parentale chez les sujets afin d'objectiver l'apport de ce programme.

Durant toute cette période, je me tiendrai à votre disposition en cas de besoin.

Toutes les données seront anonymisées.

Déroulement de l'étude

- ① Remplissez un questionnaire pré-programme en ligne (10-15 min)
- ② Accédez au programme vidéo pendant 2 mois (10 à 30 min par semaine)
- ③ Remplissez un questionnaire post-programme en ligne (10-15 min)



Contact

Inès Virolle
virolleines99@gmail.com
06 52 68 45 66

Annexe D : Questionnaire pré-programme

Questionnaire pré-programme - Accompagnement parental en ligne Logopouce

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire d'orthophonie, je vous propose de répondre à ce questionnaire (**10-15 min**) avant de commencer le programme **d'accompagnement parental en ligne Logopouce**.

Avant toute chose, veuillez prendre connaissance de la notice d'information ci-contre:

Notice d'information.pdf

Quelques informations :

- Dans 2 mois, je vous enverrai un *second questionnaire*, assez similaire à celui-ci, auquel il vous faudra répondre avant février 2025.
- Vous ne pouvez remplir qu'**un questionnaire par personne**, mais vous pouvez en remplir 2 (un par parent) si vous le souhaitez. ATTENTION, il faudra que ce soit le même schéma pour ce questionnaire et pour le second (par exemple : si vous n'envoyez qu'un questionnaire aujourd'hui, vous ne pourrez en envoyer qu'un seul pour le second).
- Les questionnaires sont tous **anonymes**.
- Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses à donner dans ce questionnaire.

Répondez spontanément, votre réponse est la meilleure !

Je vous remercie d'avance pour votre participation, et n'hésitez pas à me contacter si vous avez des questions ou des retours à me faire.

Inès Virolle

virolleines99@gmail.com

06 52 68 45 66

* obligatoire

Première section

1. **E-mail ***

2. **Code d'anonymat ***

Veuillez indiquer la première et la dernière lettre du prénom de votre enfant, ainsi que le mois et l'année de VOTRE naissance à vous (exemple : votre enfant s'appelle ELISA, et vous êtes né en juillet 1990 => votre code est EA071990)

3. **Confirmez-vous avoir pris connaissance de la notice d'information et du déroulement de l'étude ? ***

☐ Oui

4. **Vous engagez-vous à ne pas diffuser les vidéos de Logopouce ? ***
- ☐ Oui
5. **Quel est votre statut ? ***
- ☐ Père
- ☐ Mère
- ☐ Autre (préciser) _____
6. **Quelle est votre situation familiale ? ***
- ☐ Foyer avec les deux parents
- ☐ Famille monoparentale avec garde alternée
- ☐ Famille monoparentale sans garde alternée
- ☐ Famille recomposée
- ☐ Autre (préciser) _____
7. **D'après la nomenclature des Professions et Catégories Sociales (PCS), vous êtes: ***
- ☐ Agriculteurs exploitants
- ☐ Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- ☐ Cadres et professions intellectuelles supérieures
- ☐ Professions intermédiaires
- ☐ Employés
- ☐ Ouvriers
- ☐ Sans emploi
8. **Quelle est la date de naissance de votre enfant ? (mois et année uniquement) ***
- _____
9. **Quel est le sexe de votre enfant ? ***
- ☐ Masculin
- ☐ Féminin
10. **Dans quelle classe est votre enfant ? ***
- ☐ Petite section de maternelle
- ☐ Moyenne section de maternelle
- ☐ Grande section de maternelle
- ☐ CP
- ☐ Autre (préciser)
11. **Avez-vous d'autres enfants ? ***
- ☐ Oui
- ☐ Non

12. Si oui, quelle est la place de votre enfant dans la fratrie ? *

- ☐ Premier
- ☐ Deuxième
- ☐ Troisième
- ☐ Quatrième
- ☐ Cinquième
- ☐ Jumeau/jumelle
- ☐ Autre (préciser)

Deuxième section

13. Qui va regarder les vidéos ? *

- ☐ Les deux parents
- ☐ Seulement la mère
- ☐ Seulement le père
- ☐ Autre (préciser)

14. Votre enfant a-t-il déjà été suivi en orthophonie pour du bégaiement ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non

15. Si vous souhaitez un suivi orthophonique pour votre enfant, qui vous a conseillé de prendre rendez-vous chez l'orthophoniste ? *

- ☐ Vous, les parents
- ☐ L'école
- ☐ Un professionnel de santé
- ☐ Une personne qui a la garde régulièrement
- ☐ Les grands-parents
- ☐ Je ne souhaite pas de suivi orthophonique
- ☐ Autre (préciser)

16. Pour quelle(s) raison(s) demandez-vous un rendez-vous chez l'orthophoniste ? *

17. Si vous êtes en attente d'un suivi orthophonique, que faites-vous en attendant ce rendez-vous ? *

- ☐ Je fais des recherches (sur internet, sur les réseaux sociaux, dans des livres, ...)
- ☐ Je discute avec mon entourage, les enseignants, les professionnels de santé, ...
- ☐ Je mets en place des activités à la maison (exemple : je raconte des histoires à mon enfant, je fais des jeux à l'oral avec lui, ...)
- ☐ Je ne sais pas quoi faire
- ☐ Autre (préciser)

18. Vous sentez-vous capable aujourd'hui d'aider votre enfant dans son bégaiement?

Si besoin, vous pouvez préciser dans "Autre".

☐ Oui

☐ Non

19. Que pensez-vous qu'il vous manque aujourd'hui pour aider votre enfant dans son bégaiement? _____

20. Parmi les phrases suivantes, dans laquelle/lesquelles vous retrouvez-vous ? *

- ☐ Je ne comprends pas ses difficultés.
- ☐ Je ne sais pas comment l'aider
- ☐ Je me sens seul.e.
- ☐ Ce n'est pas mon rôle.
- ☐ J'ai peur de faire mal.
- ☐ Je manque d'outils.
- ☐ Je n'ai pas le temps.
- ☐ C'est conflictuel avec mon enfant.
- ☐ Je ne me reconnais dans aucune des phrases ci-dessus.
- ☐ Autre : _____

Troisième section

21. Pour les prochaines questions, veuillez choisir de 1 (en désaccord) - 2 - 3 - 4 - 5 - jusqu'à 6 (en accord). *

- | | |
|--|---|
| 1. Dans l'ensemble, je suis satisfait.e de la façon dont j'accompagne mon enfant dans le développement de son langage. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ |
| 2. Je connais les facteurs aggravant le bégaiement de mon enfant. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ |
| 3. Je prends régulièrement le temps d'aider mon enfant dans son bégaiement. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ |
| 4. Quand j'aide mon enfant dans son bégaiement, je me sens à l'aise dans ce rôle. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ |
| 5. Je sais reconnaître les points forts de mon enfant. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ |
| 6. Je me sens à l'aise face au bégaiement de mon enfant. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ |
| 7. Je me sens capable d'identifier les comportements de lutte et d'évitement de mon enfant. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ |
| 8. Je me sens capable d'aider mon enfant à parler de manière plus fluide. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ |
| 9. Je sais quoi proposer pour rebondir sur les difficultés liées au bégaiement de mon enfant. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ |
| 10. Je sens que ce que je fais avec mon enfant est utile pour lui. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ |

11. Voir que j'arrive à aider mon enfant dans son bégaiement est satisfaisant. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

12. Je ne m'en veux pas même si mon enfant bégaié. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

13. Je me sens capable d'expliquer le bégaiement de mon enfant à mon entourage. 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

22. Aujourd'hui, à combien estimez-vous votre sentiment de compétence pour accompagner votre enfant dans son bégaiement? *

1 : J'ai le sentiment que je ne suis pas compétent.e pour accompagner mon enfant

10 : J'ai le sentiment que je suis compétent.e pour accompagner mon enfant

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

23. Si un suivi démarre, souhaitez-vous assister aux séances ? *

☐ Oui

☐ Non

☐ Autre (préciser)

Quatrième section

Les questions qui suivent sont issues du Palin PRS - Echelle d'Évaluation Parentale (C. Aunis-Oumghar, Trad.), version française traduite du Palin Parent Rating Scales (Millard, S. K., & Davis, S. 2018).

Ne passez pas trop de temps sur chaque réponse. Répondez spontanément !

Si un élément est variable, notez le niveau des deux dernières semaines.

Section 1: Impact du bégaiement sur l'enfant

24. Est-ce que votre enfant parle moins à cause du bégaiement? *

0 : toujours

10 : jamais

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

25. A quel point votre enfant est-il frustré par sa parole? *

0 : autant qu'il/elle pourrait l'être

10 : pas du tout

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

26. A quel point votre enfant est agacé-e par son bégaiement ? *

0 : autant qu'il/elle pourrait l'être

10 : pas du tout

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

27. A quel point votre enfant est anxieux par rapport à sa parole ?*

0 : autant qu'il/elle pourrait l'être

10 : pas du tout

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

28. A quel point votre enfant est en confiance dans les situations de parole ?*

0 : pas du tout

10 : totalement confiant

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

29. Est-ce que votre enfant est généralement quelqu'un de joyeux ? *

0 : pas du tout

10 : totalement

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

30. Dans quelle mesure votre enfant peut-il/elle exprimer ses sentiments ? *

0 : pas du tout

10 : de manière appropriée

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Section 2: Sévérité du bégaiement et inquiétude du parent

31. A quel point votre enfant lutte quand il/elle parle? *

0 : aussi souvent que possible

10 : pas du tout

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

32. Est-ce que votre enfant a des périodes fluantes (sans bégaiement) ? *

0 : jamais

10 : toujours

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

33. A quelle fréquence votre enfant bégaille ? *

0 : aussi souvent que possible

10 : pas du tout

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

34. Quelle est la sévérité du bégaiement de votre enfant ? *

0 : aussi sévère que possible

10 : pas du tout sévère

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

35. A quel point êtes-vous inquiet-ète du bégaiement de votre enfant ? *

0 : autant que possible

10 : pas du tout

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

36. A quel point êtes-vous inquiet-ète de l'avenir de votre enfant à cause de son bégaiement ? *

0 : autant que possible

10 : pas du tout

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

37. Quel impact a le bégaiement de votre enfant dans votre famille ? *

0 : autant que possible

10 : pas du tout

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Section 3: Connaissances du parent et confiance dans sa capacité à gérer le bégaiement de l'enfant

38. Comprenez-vous ce qui influence le bégaiement de votre enfant ? *

0 : aussi souvent que possible

10 : pas du tout

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

39 à 42: Quelle confiance avez-vous dans votre savoir-faire pour ... *

0 : pas du tout

10 : complètement

Réagir quand votre enfant bégaille ?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Gérer l'inquiétude/la conscience de votre enfant de son bégaiement ?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Encourager la confiance en soi de votre enfant ?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Encourager la fluence de votre enfant ?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Annexe E : Questionnaire post-programme

Madame, Monsieur,

Je vous remercie d'avoir répondu au premier questionnaire et d'avoir suivi le programme d'accompagnement parental en ligne **Logopouce**. Voici le second questionnaire (**15 min**), assez similaire au premier. Rappel de quelques informations :

- Vous avez une semaine pour répondre à ce deuxième questionnaire
- Comme pour le premier, vous ne pouvez remplir qu'**un questionnaire par personne**, mais vous pourrez en remplir 2 (un par parent) si vous le souhaitez. Il faut que ce soit le même schéma que lorsque vous avez rempli le premier questionnaire (par exemple : si vous n'avez envoyé qu'un questionnaire pour le premier, vous ne pouvez en envoyer qu'un maintenant).
- Les questionnaires sont tous **anonymes**.
- Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses à donner dans ce questionnaire. Répondez spontanément, votre réponse est la meilleure !
- Si vous n'avez pas regardé toutes les vidéos, aucun problème ! C'est très important pour nous que vous répondiez quand même, nous comptons sur vous !

Je vous remercie d'avance pour votre participation, et n'hésitez pas à me contacter si vous avez des questions ou des retours à me faire.

Inès Virolle

virolleines99@gmail.com

06 52 68 45 66

* obligatoire

Première section

1. E-mail *

2. Code d'anonymat *

Veuillez indiquer la première et la dernière lettre du prénom de votre enfant, ainsi que le mois et l'année de VOTRE naissance à vous (exemple : votre enfant s'appelle ELISA, et vous êtes né en juillet 1990 => votre code est EA071990)

3. Confirmez-vous avoir pris connaissance de la notice d'information et du déroulement de l'étude ? *

☐ Oui

4. Quel est votre statut ? *

☐ Père

☐ Mère

☐ Autre (préciser) _____

5. Quelle est la date de naissance de votre enfant ? (mois et année uniquement) *

6. Quel est le sexe de votre enfant ? *

☐ Masculin

☐ Féminin

Deuxième section

7. Aujourd'hui, souhaitez vous toujours démarrer un suivi orthophonique pour votre enfant ?

☐ Oui

☐ Non

☐ Autre (préciser)

8. Durant ces 2 mois, avez-vous été reçu.e.s par un.e orthophoniste ? Si besoin, précisez dans "Autre". *

☐ Oui et un suivi orthophonique a été engagé

☐ Oui mais nous n'avons pas engagé de suivi orthophonique

☐ Non

☐ Autre (préciser)

9. Si oui, quand a eu lieu le premier rendez-vous orthophonique? *

☐ Il y a 6 semaines ou plus

☐ Il y a 4 ou 5 semaines

☐ Il y a 2 ou 3 semaines

☐ il y a une semaine ou moins

☐ Nous n'avons pas eu de rendez-vous orthophonique

10. Pourquoi souhaitez vous démarrer un suivi orthophonique ou au contraire, ne pas démarrer de suivi orthophonique ? _____

11. Si vous êtes toujours en attente d'un suivi orthophonique, que faites-vous en attendant ce rendez-vous ? *

☐ Je fais des recherches (sur internet, sur les réseaux sociaux, dans des livres, ...)

☐ Je discute avec mon entourage, les enseignants, les professionnels de santé, ...

☐ Je mets en place des activités à la maison (exemple : je raconte des histoires à mon enfant, je fais des jeux à l'oral avec lui, ...)

☐ Je ne sais pas quoi faire

☐ Autre (préciser)

12. Si un suivi démarre ou a démarré, souhaitez-vous assister aux séances ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Autre (préciser)

13. Vous sentez-vous capable aujourd'hui d'aider votre enfant dans son bégaiement?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Autre (préciser)

14. Que pensez-vous qu'il vous manque aujourd'hui pour aider votre enfant dans son bégaiement? _____

15. Parmi les phrases suivantes, dans laquelle/lesquelles vous retrouvez-vous ? *

- ☐ Je ne comprends pas ses difficultés.
- ☐ Je ne sais pas comment l'aider
- ☐ Je me sens seul.e.
- ☐ Ce n'est pas mon rôle.
- ☐ J'ai peur de faire mal.
- ☐ Je manque d'outils.
- ☐ Je n'ai pas le temps.
- ☐ C'est conflictuel avec mon enfant.
- ☐ Je ne me reconnais dans aucune des phrases ci-dessus.
- ☐ Autre : _____

16. Finalement, qui a regardé les vidéos ? *

- ☐ Les deux parents
- ☐ Un des deux parents
- ☐ personne
- ☐ Autre (préciser)

17. Quelles vidéos avez-vous regardées ?(Le but n'était pas forcément de tout regarder si vous n'en sentiez pas le besoin, vous ne pouviez regarder que ce qui correspondait aux difficultés de votre enfant.) *

- ☐ Toutes les vidéos
- ☐ Aucune vidéo
- ☐ Mieux comprendre le bégaiement
- ☐ Oser parler du bégaiement
- ☐ Attitudes à éviter
- ☐ Attitudes à privilégier

- ☐ Diminuer la pression sur le langage
- ☐ Diminuer la pression temporelle
- ☐ Diminuer les pressions éducatives
- ☐ Agir sur les autres facteurs
- ☐ Aider l'enfant quand il est en train de bégayer
- ☐ Prévenir et gérer les moqueries
- ☐ L'échodysphémie
- ☐ Le bredouillement
- ☐ Le mutisme sélectif

18. Les vidéos ont-elles répondu à vos attentes ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Partiellement
- ☐ Je n'ai pas regardé les vidéos

19. Si non, pouvez-vous nous expliquer pourquoi? Que vous a-t-il manqué?*

20. Pensez-vous continuer à appliquer ce que vous avez appris dans les vidéos au quotidien ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je n'ai pas regardé les vidéos

21. Pouvez-vous nous partager en quelques lignes comment s'est déroulé le programme Logopouce pour vous ? Comment l'avez-vous vécu ? Quels sont vos ressentis maintenant ? Si vous n'avez pas regardé toutes les vidéos, pourriez-vous nous partager pour quelles raisons ? (manque de temps ? pas adapté à votre demande ? suivi orthophonique commencé ?...)

Troisième section

22. Pour les prochaines questions, veuillez choisir de 1 (en désaccord) - 2 - 3 - 4 - 5 - jusqu'à 6 (en accord). *

- | | |
|--|---|
| 1. Dans l'ensemble, je suis satisfait.e de la façon dont j'accompagne mon enfant dans le développement de son langage. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ |
| 2. Je connais les facteurs aggravant le bégaiement de mon enfant. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ |
| 3. Je prends régulièrement le temps d'aider mon enfant dans son bégaiement. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ |
| 4. Quand j'aide mon enfant dans son bégaiement, je me sens à l'aise dans ce rôle. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ |
| 5. Je sais reconnaître les points forts de mon enfant. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ |
| 6. Je me sens à l'aise face au bégaiement de mon enfant. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ |
| 7. Je me sens capable d'identifier les comportements de lutte et d'évitement de mon enfant. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ |
| 8. Je me sens capable d'aider mon enfant à parler de manière plus fluide. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ |
| 9. Je sais quoi proposer pour rebondir sur les difficultés liées au bégaiement de mon enfant. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ |
| 10. Je sens que ce que je fais avec mon enfant est utile pour lui. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ |
| 11. Voir que j'arrive à aider mon enfant dans son bégaiement est satisfaisant. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ |
| 12. Je ne m'en veux pas même si mon enfant bégai. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ |
| 13. Je me sens capable d'expliquer le bégaiement de mon enfant à mon entourage. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ |

23. Aujourd'hui, à combien estimez-vous votre sentiment de compétence pour accompagner votre enfant dans son bégaiement? *

1 : J'ai le sentiment que je ne suis pas compétent.e pour accompagner mon enfant

10 : J'ai le sentiment que je suis compétent.e pour accompagner mon enfant

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

24. Si un suivi démarre, souhaitez-vous assister aux séances ? *

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Autre (préciser)

Quatrième section

Les questions qui suivent sont issues du Palin PRS - Echelle d'Evaluation Parentale (C. Aunis-Oumghar, Trad.), version française traduite du Palin Parent Rating Scales (Millard, S. K., & Davis, S. 2018).

Ne passez pas trop de temps sur chaque réponse. Répondez spontanément !

Si un élément est variable, notez le niveau des deux dernières semaines.

Section 1: Impact du bégaiement sur l'enfant

25. Est-ce que votre enfant parle moins à cause du bégaiement? *

0 : toujours

10 : jamais

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

26. A quel point votre enfant est-il frustré par sa parole? *

0 : autant qu'il/elle pourrait l'être

10 : pas du tout

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

27. A quel point votre enfant est agacé-e par son bégaiement ? *

0 : autant qu'il/elle pourrait l'être

10 : pas du tout

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

28. A quel point votre enfant est anxieux par rapport à sa parole ?*

0 : autant qu'il/elle pourrait l'être

10 : pas du tout

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

29. A quel point votre enfant est en confiance dans les situations de parole ?*

0 : pas du tout

10 : totalement confiant

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

30. Est-ce que votre enfant est généralement quelqu'un de joyeux ? *

0 : pas du tout

10 : totalement

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

31. Dans quelle mesure votre enfant peut-il/elle exprimer ses sentiments ? *

0 : pas du tout

10 : de manière appropriée

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Section 2: Sévérité du bégaiement et inquiétude du parent

32. A quel point votre enfant lutte quand il/elle parle? *

0 : aussi souvent que possible

10 : pas du tout

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

33. Est-ce que votre enfant a des périodes fluantes (sans bégaiement) ? *

0 : jamais

10 : toujours

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

34. A quelle fréquence votre enfant bégaié ? *

0 : aussi souvent que possible

10 : pas du tout

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

35. Quelle est la sévérité du bégaiement de votre enfant ? *

0 : aussi sévère que possible

10 : pas du tout sévère

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

36. A quel point êtes-vous inquiet-ète du bégaiement de votre enfant ? *

0 : autant que possible

10 : pas du tout

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

37. A quel point êtes-vous inquiet-ète de l'avenir de votre enfant à cause de son bégaiement ? *

0 : autant que possible

10 : pas du tout

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

38. Quel impact a le bégaiement de votre enfant dans votre famille ? *

0 : autant que possible

10 : pas du tout

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Section 3: Connaissances du parent et confiance dans sa capacité à gérer le bégaiement de l'enfant

39. Comprenez-vous ce qui influence le bégaiement de votre enfant ? *

0 : aussi souvent que possible

10 : pas du tout

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

40 à 43: Quelle confiance avez-vous dans votre savoir-faire pour ... *

0 : pas du tout

10 : complètement

Réagir quand votre enfant bégaille ?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Gérer l'inquiétude/la conscience de votre enfant de son bégaiement ?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Encourager la confiance en soi de votre enfant ?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Encourager la fluence de votre enfant ?

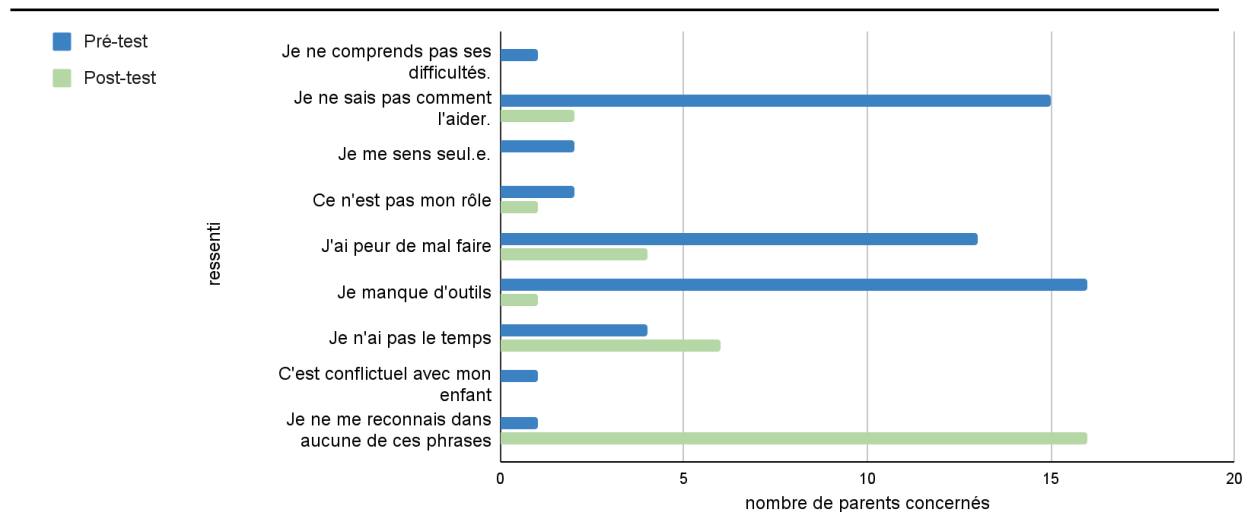
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Annexe F :

Concernant les réponses aux questions qualitatives portant sur le ressenti des parents, il apparaît que la prévalence de l'ensemble des affirmations à connotation négative a diminué à l'issue de l'intervention, à l'exception de la plainte liée au manque de temps « Je n'ai pas le temps ». Cette dernière concernait 4 familles (17,4 %) avant l'intervention et est désormais exprimée par 6 parents (26 %). Ces résultats sont illustrés à la figure 4.

Figure 4 :

Nombre de parents s'identifiant à chaque ressenti face au bégaiement de l'enfant



Annexe G : Déclaration d'utilisation d'un logiciel d'intelligence artificielle

Je soussignée Inès VIROLLE, déclare avoir utilisé un outil d'intelligence artificielle dans le cadre de mon mémoire d'Orthophonie. Conformément aux directives académiques et à l'intégrité intellectuelle, je fournis ci-dessous une description détaillée des circonstances et de l'utilisation de l'IA, ainsi que les prompts spécifiques utilisés :

Je déclare avoir utilisé l'IA pour synthétiser certains paragraphes de mon mémoire afin d'assurer une rédaction respectueuse des contraintes de longueur imposées. J'ai eu recours à ce procédé lors de la sous-partie intitulée « Terminologie et historique » et celle intitulée « Analyse des sections de l'échelle Palin PRS ».

J'ai utilisé le prompt suivant: « Réécris ce paragraphe de manière légèrement plus synthétique (en x lignes) »

Résultat : Les suggestions de l'IA ont permis de synthétiser certaines idées qui pouvaient se répéter rendant ces paragraphes plus concis.

Je déclare également avoir utilisé l'IA afin de réaliser la traduction anglaise de mon résumé.

J'ai utilisé le prompt suivant : « Voici mon résumé, traduis-le en anglais. »

Résultats: L'IA a traduit mon résumé en anglais.

Je déclare ne pas avoir utilisé de logiciel d'intelligence artificielle dans un autre contexte que ceux déclarés ci-dessus.

Fait à Lyon, le 05.05.

