



RESTART-DCM Method

Marie-Christine Franken, Ellen Laroës, Joeri van Ormondt,
Femke de Smit et Lottie Stipdonk



ÉDITION RÉVISÉE 2025, version 3.0

RESTART-DCM Method

Marie-Christine Franken, Ellen Laroës, Joeri van Ormondt,
Femke de Smit et Lottie Stipdonk

Ce document doit être cité comme suit :

Franken, M.C., Laroës, E., Ormondt, J. van, Smit, F de & Stipdonk, L. (2025). *RESTART-DCM Method*. Édition révisée 2025, version 3.0.
<https://www.restartdcm.nl>

Aucune partie de ce document ne peut être téléchargée, transmise ou distribuée sans l'autorisation de l'auteur-e ou des auteur-e-s, sauf pour un usage strictement personnel et individuel.

Remerciements

Tout d'abord, nous souhaitons exprimer notre gratitude aux chercheurs et chercheuses et aux thérapeutes dont les travaux ont servi de base à la première version de la méthode RESTART-DCM. Nous sommes particulièrement redevables au Dr Woodruff Starkweather, au Dr Jeanna Riley et au Dr Glyndon Riley, au Dr Edward Conture et au Dr Hugo Gregory. En second lieu, nous exprimons une fois de plus notre sincère gratitude envers les orthophonistes expérimenté-e-s dans le domaine du bégaiement qui ont contribué à la première version de la méthode RESTART-DCM en 2007. Un remerciement tout particulier, en mémoire de Durdana Putker-de Bruijn[†], co-auteure de la première version de la méthode RESTART-DCM.

L'élaboration de ce document a été soutenue par le département ENT de l'Erasmus MC. La mise en page et la couverture sont l'œuvre d'Erika Endrődiné Benkő (Home-made Graphics).

Ce document a été traduit du néerlandais original par Karen Laird. La traduction a été financée par le Fonds Damsté-Terpstra pour la thérapie orthophonique pratique et préventive.

La traduction en français a été réalisée par les orthophonistes Sophie Archambault, Clément Aunis-Oumghar, Judith Labonté, Yana Melnikova et Christine Tournier.

Table des matières



1 Introduction	7
1.1 Les origines du Restart-DCM	8
1.2 Quand démarrer la thérapie RESTART-DCM ?	8
1.3 L'objectif de la thérapie RESTART-DCM	9
1.4 Présentation générale de la méthode RESTART-DCM	10
2 Évaluation	12
2.1 Évaluation parentale	12
2.2 Analyse des interactions filmées	12
2.3 Évaluation de l'enfant	13
2.4 Le formulaire de synthèse de l'évaluation RESTART-DCM	13
3 Premier entretien parental	16
4 La thérapie Restart-DCM	18
4.1 Principes généraux	18
4.2 Structure d'une séance de traitement	18
4.3 Trois niveaux de pratique : pendant la séance de thérapie, pendant les Temps Spéciaux et dans la communication quotidienne	19
5 Phase 1 : Diminuer les Demandes	21
5.1 Réduction des Demandes Motrices	21
5.2 Réduire les Demandes Linguistiques	22
5.3 Réduire les Demandes Émotionnelles	24
5.4 Réduction des Demandes Cognitives	25
5.5 Transfert de la réduction des Demandes pendant la Phase 1	26
6 Phase II: Augmenter les Capacités de l'enfant	28
6.1 Augmenter les Capacités Motrices de l'enfant	29
6.2 Augmenter les Capacités Linguistiques de l'enfant	29
6.3 Augmenter les Capacités Émotionnelles de l'enfant	31
6.4 Augmenter les Capacités Cognitives de l'enfant	32
7 Diminution progressive du traitement	35
References	37
Annexes	
1 Formulaire d'analyse des interactions parent-enfant	40
2 Formulaire de synthèse de l'évaluation	41
3 Commencer la THÉRAPIE RESTART-DCM : Informations pour les parents	44
4 L'image de la balance RESTART-DCM	46
5 Communiquer avec des Demandes Émotionnelles réduites : deux étapes	47



1

Introduction

Dans le cadre du projet de recherche « rapport coût-efficacité du traitement basé sur le Modèle Demandes et Capacités (MDC) comparé au programme Lidcombe », généralement connu sous le nom « étude RESTART » (De Sonnevile-Koedoot, Stolk, Rietveld & Franken, 2015), un protocole de traitement a été développé, basé sur le modèle de traitement MDC. L'objectif était que l'ensemble des orthophonistes expérimenté·e·s en bégaiement participant au projet adoptent une approche de traitement cohérente fondée sur le MDC. Près de 15 ans plus tard, ce protocole nécessitait une révision, certaines parties étant liées spécifiquement à ce projet de recherche ou appliquées exclusivement à la situation néerlandaise.

Le contenu des autres sections devait être actualisé, comme l'annexe pour les parents qui contient des informations sur le bégaiement. Le fait de mener des formations et des ateliers sur cette méthode de traitement a mis en évidence que certaines parties du protocole devaient être formulées ou structurées différemment. Une version révisée du modèle de traitement RESTART-DCM, la version 2.0, a donc été publiée en 2021.

Les avancées internationales dans le domaine de la thérapie du bégaiement, notamment en ce qui concerne le paradigme de la neurodiversité, l'utilisation du terme « fluence » et la pratique clinique, ont conduit à une nouvelle révision partielle du modèle de thérapie en 2025. L'objectif de « fluence optimale » du traitement RESTART-DCM s'est avéré peu clair dans certains cas ; il a donc été reformulé. Les participant·e·s aux formations nous ont également posé de nombreuses questions sur la mise en œuvre de la Phase III. Cette phase était facultative lorsque d'autres techniques de modification du bégaiement étaient préconisées. Cependant, ce type de thérapie dépasse le champ d'application du MDC. Nous avons donc décidé de revenir à la base du modèle RESTART-DCM, qui consiste en une stratégie en deux phases : Phase I « Réduire les Demandes » et Phase II « Augmenter les Capacités de l'enfant ». Plusieurs des interventions décrites dans la Phase III visaient à accroître les Capacités de l'enfant et ont été incorporées dans la Phase II. Enfin, deux des annexes ont été légèrement modifiées.

Il est important de noter que cette méthode RESTART-DCM suppose que l'orthophoniste possède des connaissances de base sur le bégaiement et sur les différentes approches thérapeutiques disponibles. Sur la base d'une anamnèse approfondie et d'un examen initial du bégaiement, l'orthophoniste décide avec les parents (prise de décision partagée) d'entamer ou non une thérapie, ainsi que du délai de son démarrage. Quand un traitement est indiqué, la thérapie RESTART-DCM est une des options possibles, en fonction des préférences des parents et des caractéristiques individuelles de l'enfant.

La description de cette méthode ne remplace pas les formations. Lors des formations de base et avancées RESTART-DCM, les participant·e·s sont formé·e·s sur les compétences requises pour travailler avec les parents sur les objectifs de traitement définis. Les orthophonistes qui ont participé à une formation ont accès à des outils complémentaires disponibles sur le site internet RESTART-DCM.

1.1 Les origines du Restart-DCM

Dans le courant des années 1970, plusieurs chercheur-se-s ont commencé à développer des traitements du bégaiement de l'enfant basés sur l'idée que le bégaiement est la conséquence d'un déséquilibre. Comme l'a écrit Starkweather (1987, p.75) : « Lorsque l'enfant n'a pas la capacité de répondre aux demandes de fluence, le bégaiement, ou quelque chose qui y ressemble, se produira ». Cette idée a été formalisée dans le « modèle demandes et capacités » (notamment Starkweather, 1987; Starkweather et al., 1990; Starkweather et Franken 1991; Starkweather et Givens-Ackerman 1997). La thérapie basée sur ce modèle de traitement vise à atteindre un équilibre entre les Capacités (aptitudes, compétences) de l'enfant - dans les domaines moteur, linguistique, émotionnel et cognitif - et les Demandes (internes et externes) qui pèsent sur la communication des jeunes enfants qui bégaiant ayant un âge développemental entre 2 à 6 ans.

À l'origine, il était attendu que le déséquilibre disparaisse et que le bégaiement s'arrête. Il est désormais évident que ce n'est pas le cas pour tous les enfants. Bien que la nature exacte du bégaiement ne soit pas encore tout à fait claire, il existe des facteurs génétiques et neurologiques combinés à des facteurs développementaux, qui semblent déterminants pour qu'un enfant commence à bégayer et continue à le faire (Franken et al., 2024). La thérapie MDC peut avoir un effet sur ces facteurs développementaux jusqu'à un certain point. L'hypothèse est que chez certains enfants, la thérapie MDC permettrait de faire disparaître plus rapidement les manifestations du bégaiement, tandis que chez d'autres, elle éviterait que le bégaiement ne devienne un véritable problème. Les premiers résultats des études complémentaires appuient ces hypothèses (Koenraads et al., 2025).

Comparée à la thérapie MDC originale (Starkweather et al., 1990), l'approche RESTART se distingue par le fait que (1) la structure du traitement a été resserrée, (2) une méthode spécifique a été ajoutée pour réduire les Demandes émotionnelles, (3) le renforcement des Capacités a été élargie pour inclure, entre autres, le programme d'entraînement moteur de la parole développé par Riley & Riley (1985) et (4) la modélisation des objectifs thérapeutiques pour les parents est désormais un élément essentiel dans l'approche RESTART-DCM.

Cette dernière ne peut donc jamais se limiter à simplement fournir des conseils aux parents. Selon ce qui est jugé nécessaire, l'orientation de la thérapie consistera à travailler avec les parents sur des changements de comportements verbaux et sur l'entraînement de certaines habiletés.

1.2 Quand démarrer la thérapie RESTART-DCM ?

Lorsqu'un jeune enfant dont l'âge développemental se situe entre 2 et 6 ans, commence à bégayer, les parents se posent souvent beaucoup de questions et sont préoccupés. Même l'enfant peut être perturbé-e par le changement soudain de sa parole. Un comportement de lutte et d'évitement peut se développer et s'intensifier en peu de temps. Les parents peuvent alors chercher à contacter un-e orthophoniste ou l'enfant peut être référé-e en orthophonie par d'autres professionnel-le-s. Les parents peuvent être en demande de conseils ou d'accompagnement, même si le bégaiement est à peine perceptible et/ou n'augmente que très progressivement.

Selon Koenraads et al. (2025), les résultats à long terme de la thérapie du bégaiement comparant l'approche RESTART-DCM et le programme Lidcombe montrent une forte corrélation entre l'âge de l'enfant au début de la thérapie et la persistance du bégaiement : plus l'enfant est jeune au début de la thérapie, plus il y a de chances que le bégaiement soit transitoire. C'est pourquoi, en général, on recommande de ne pas attendre et de commencer le traitement immédiatement après l'évaluation de l'enfant. Si le bégaiement diminue spontanément au cours de l'évaluation, thérapeute et parents peuvent décider ensemble s'il est nécessaire de reporter le traitement.

Chez les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, de nombreux changements se produisent sur le plan de la parole, ce qui permet le développement des capacités articulatoires. La thérapie peut contribuer à faciliter la communication et à ajuster ou renforcer les capacités articulatoires. Le développement de comportements secondaires liés au bégaiement peut être évité ou réduit.

La thérapie RESTART-DCM est destinée aux enfants dont l'âge développemental se situe entre 2 et 6 ans. Cependant, les principes des DC peuvent également favoriser une communication plus aisée chez les jeunes ou les adultes ayant un faible âge développemental ou une déficience intellectuelle.

1.3 L'objectif de la thérapie RESTART-DCM

L'objectif de la thérapie RESTART-DCM est de créer un équilibre optimal entre les Capacités de l'enfant et les Demandes de communication, afin que l'enfant puisse s'exprimer avec la plus grande aisance possible, avec ou sans bégaiement.

PRÉCISION :

- **Équilibre optimal** : le degré auquel les Capacités et les Demandes sont les mieux adaptées l'une à l'autre, en fonction des facteurs environnementaux et des particularités de chaque enfant.
- **Enfant** : le petit enfant ou l'enfant de moins de 6 ans qui bégaye (âge développemental de 2 à 6 ans).
- **Capacités** : les capacités motrices, linguistiques, émotionnelles et cognitives, les compétences de l'enfant qui jouent un rôle dans sa capacité à s'exprimer avec plus d'aisance.
- **Demandes** : demandes motrices, linguistiques, émotionnelles et cognitives, enjeux qui exercent une pression sur la parole, provenant à la fois de l'enfant lui-même ou elle-même (internes) et de l'environnement (externes).
- **S'exprimer avec la plus grande aisance possible, avec ou sans bégaiement** : l'objectif principal est que l'enfant soit lui-même ou elle-même et puisse s'exprimer, sans se sentir gêné·e par le bégaiement. La suppression du bégaiement n'est donc pas l'objectif principal. Le bégaiement disparaît généralement plus rapidement et plus fréquemment lorsque l'équilibre optimal est atteint. Les raisons de ne pas en faire l'objectif du traitement sont au nombre de trois :
 1. *Bégaiement persistant* : environ un quart des enfants continuent à bégayer, même après la thérapie. Par ailleurs, certains enfants dont l'entourage ne perçoit plus de bégaiement ont toujours, de leur côté, l'impression de bégayer. Il est donc important de faire comprendre à tous les enfants que si le bégaiement est une façon légèrement différente de parler, c'est

une parole tout à fait acceptable. Le message « le bégaiement n'est pas un problème » est au cœur de la thérapie tout au long du processus. De cette manière, tous les enfants, quel que soit leur futur mode de communication, peuvent se sentir acceptés. Mettre l'accent sur la fluidité de la parole peut nuire à ce processus d'acceptation.

2. *Impact sur la famille* : Lorsque la thérapie est axée sur la réduction ou l'absence de bégaiement et que l'enfant cesse de bégayer, les parents peuvent se sentir soulagés. Cependant, dans les familles où plusieurs enfants bégaiement, l'accent mis sur la fluidité de la parole peut avoir un impact négatif sur un autre enfant qui a continué à bégayer.
3. *La déception* : Les parents peuvent être frustrés ou déçus si le bégaiement ne diminue pas (ou pas assez vite), même si leur enfant commence manifestement à parler avec plus d'aisance et d'assurance. Les parents peuvent avoir des inquiétudes concernant l'avenir, notamment la crainte que leur enfant soit victime d'intimidation en raison de son bégaiement. Cela peut affecter leur motivation et leur engagement dans la thérapie. Ils et elles peuvent ne pas percevoir les effets de la thérapie et même les balayer du revers de la main en disant que « de toute façon, ça ne sert à rien ». Il est donc primordial de discuter - et de rediscuter - avec les parents de l'objectif principal de la thérapie et de dissiper leurs craintes. L'objectif est atteint lorsque l'enfant, les parents et l'orthophoniste sont d'accord pour dire que tout a été fait pour réduire les points de pression de la communication et pour renforcer les habiletés d'expression de l'enfant. En d'autres termes : lorsqu'un équilibre optimal a été atteint entre les Capacités (motrices, linguistiques, émotionnelles et cognitives) de l'enfant et les Demandes internes et externes.

1.4 Présentation générale de la méthode RESTART-DCM

Ce programme suit une structure fixe. Tout d'abord, l'évaluation prévue inclut un entretien avec les parents, une évaluation des interactions parents-enfants et une évaluation de l'enfant (voir la section 2 : « Évaluation »). Une fois que l'évaluation est terminée, un *entretien avec le ou les parents* est programmé pendant lequel l'orthophoniste informe des résultats de l'évaluation. En complément, le Temps Spécial est expliqué et le journal de bord est présenté (voir la section 3 : « Premier entretien parental »). Cet entretien avec les parents permet d'assurer la transition entre l'évaluation et la thérapie.

La thérapie RESTART-DCM est structurée en deux phases. Chaque thérapie débute par la Phase I (voir la section 5 : « Phase 1: Diminuer les Demandes »). Le but de cette première Phase est de réduire les Demandes externes, c'est-à-dire les Demandes dans l'environnement de communication de l'enfant. Cela permet de créer davantage de situations de communication dans lesquelles l'enfant peut s'exprimer librement, selon ses capacités du moment.

Les Demandes qui s'appliquent à l'enfant sont réduites à travers l'accompagnement et l'entraînement des parents et des autres adultes qui s'occupent de l'enfant.

Remarque : Les modifications apportées aux comportements de parole enseignés aux parents pendant la Phase I sont des ajustements temporaires. Leur objectif est de permettre à l'enfant d'atteindre un meilleur équilibre entre les Demandes et les Capacités. Des modifications, telles que le ralentissement significatif du débit de parole, peuvent sembler inhabituelles aux parents. En réalité, elles le sont, car elles font partie intégrante de la thérapie : ces ajustements sont nécessaires pour s'adapter aux Capacités réduites de l'enfant à produire une parole confortable, puis sont progressivement diminués de manière contrôlée à la fin du traitement.

La Phase II (voir la section 6, « Phase II : Augmenter les Capacités de l'enfant ») consiste en un entraînement explicite des Capacités de l'enfant pour qu'il ou elle puisse parler avec plus d'aisance. Cette Phase est ajoutée à la Phase I si nécessaire. Par conséquent, en parallèle à l'entraînement des Capacités de l'enfant, l'orthophoniste maintient aussi les progrès faits pendant la Phase I liés à la diminution des Demandes externes. Tout au long du traitement, l'orthophoniste s'assurera que le niveau des Demandes continue de diminuer graduellement lors des situations de communication avec l'enfant, jusqu'à supprimer complètement les modifications. Pendant la Phase II du programme, la réduction des Demandes sur la communication de l'enfant dans la vie quotidienne demeurera un point essentiel à aborder lors des séances.

Par ailleurs, au sein de chacune des deux Phases, quatre domaines sont systématiquement abordés : Moteur, Linguistique, Émotionnel et Cognitif. Un ordre fixe est maintenu dans les deux Phases en abordant les domaines Moteur, Linguistique, Émotionnel et enfin le domaine Cognitif. Seuls les domaines qui concernent l'enfant sont abordés. En outre, chaque séance des Phases I et II a une structure identique (voir la section 4.2 : « Structure d'une séance de traitement »).

Les changements comportementaux appris dans les Temps Spéciaux sont transférés dans les situations de parole quotidiennes selon une structure plus ou moins similaire (voir les sections 4.3 et 5.5).

2

Évaluation

L'objectif de l'évaluation approfondie est de comprendre les Capacités de l'enfant et les Demandes qui lui sont adressées, que ce soit par son environnement ou que l'enfant s'impose à lui-même ou à elle-même. À la suite de cette évaluation, des hypothèses sont formulées sur le déséquilibre entre les Capacités et les Demandes. Il s'agit d'examiner les capacités actuelles (insuffisantes) de l'enfant, et de les comparer avec les Demandes de l'environnement pour évaluer le déséquilibre entre les deux. De cette manière, on peut identifier les sources de pression dans la communication. Les orientations du traitement sont ensuite définies en fonction de l'interprétation des résultats de l'évaluation.

2.1 Évaluation parentale

En règle générale, un premier entretien avec les parents est programmé. Durant ce rendez-vous, les aspects suivants sont abordés :

- Anamnèse médicale et du bégaiement
- Causes du bégaiement (selon les parents)
- Pensées et émotions (des parents et de l'enfant) générées par le bégaiement
- Tempérament de l'enfant
- Sévérité perçue et vécue du bégaiement (par exemple à l'aide d'une échelle de sévérité sur un graphique)
- Une brève description du MDC, illustrée avec un schéma (voir Annexe 4)
- Explications sur le contenu de l'évaluation (analyse des interactions filmées et évaluation de l'enfant)
- Éventuellement questionnaires additionnels pour les parents (par exemple sur le tempérament de leur enfant) ou l'environnement (par exemple l'enseignant·e ou les responsables du lieu de garde de l'enfant).

2.2 Analyse des interactions filmées

Il est proposé à un des parents de partager un moment avec l'enfant. Si le questionnaire d'anamnèse (voir ci-dessus) suggère qu'il serait utile d'observer les interactions avec les deux parents et éventuellement avec un ou plusieurs enfants de la fratrie pour identifier les sources de pression dans la communication, l'orthophoniste peut leur proposer de participer à l'évaluation. S'il apparaît par la suite que leur participation serait importante, elle peut être planifiée à un stade ultérieur.

Un enregistrement vidéo est réalisé pendant deux situations de jeu : une situation de jeu libre non structurée et une situation plus structurée ; l'ensemble de l'enregistrement devrait durer environ 15 minutes au total.

L'orthophoniste propose au(x) parent(s) et à l'enfant de partager un moment ludique, similaire à celui qui aurait lieu à la maison. Ce temps de jeu est filmé et un matériel de jeu libre, tel que des Playmobil®, est mis à disposition pendant 7 à 8 minutes. Ensuite, on leur propose plusieurs puzzles (casse-têtes) de niveaux de difficulté différents, et un nouvel enregistrement vidéo de 7 à 8 minutes est réalisé.

La vidéo de l'interaction parent-enfant est analysée et cotée grâce au formulaire d'analyse des interactions parents-enfants (voir Annexe 1). La colonne de gauche montre les Demandes à analyser : M (Motrices), L (Linguistiques), E (Émotionnelles) ou C (Cognitives). Dans la colonne de droite, l'occurrence et la fréquence de ces comportements durant l'interaction est notée. Si l'orthophoniste a une expérience limitée de l'évaluation des interactions parents-enfants, il est recommandé de transcrire deux séquences de 5 minutes de cette séance. Cela permettra par exemple de déterminer plus facilement le nombre de questions ouvertes, les comportements de tour de parole, l'adéquation des réactions du parent et de l'enfant. La vitesse articulatoire du parent et de l'enfant est toujours calculée.

2.3 Évaluation de l'enfant

La passation de tests standardisés de langage et de parole est systématique, même s'il n'y a pas d'inquiétude ou de doute quant au développement langagier de l'enfant. Il est important de déterminer si l'inadéquation entre les Capacités et les Demandes est le résultat d'une Capacité réduite (développement plus faible de la parole et du langage) ou d'une Demande élevée (développement plus fort du langage ou déséquilibre au sein du profil langagier). Pour identifier un possible déséquilibre dans les compétences langagières, les capacités de compréhension et de production sont testées au niveau du mot et de la phrase. La production des sons de parole est testée phonologiquement et phonétiquement. Si les scores ne semblent pas fiables, par exemple en raison de comportements d'évitement, d'opposition ou de peur de l'échec de l'enfant, ces aspects pourront être évalués ultérieurement au cours du traitement.

Nous recommandons l'utilisation de tests plus spécifiques au bégaiement, notamment :

- L'échelle d'évaluation des capacités motrices orales (Oral Motor Assessment Scale [OMAS] de Riley et Riley, 1985)
- Le KiddyCAT (Vanryckeghem et Brutten, 2007)
- Le SSI-4 (Riley, 2009)

L'orthophoniste recueille d'autres informations en se basant sur les informations fournies par les parents lors de l'entretien d'anamnèse, notamment en ce qui concerne la perception du bégaiement par l'enfant. Cela peut se faire en posant des questions à l'enfant ou en observant ses réactions face au bégaiement volontaire de l'orthophoniste. En outre, les réactions de l'enfant aux changements de pression dans la communication (augmentation ou diminution) peuvent être observées lors d'une brève séance d'essai.

2.4 Le formulaire de synthèse de l'évaluation RESTART-DCM

Dans ce document (voir Annexe 2) les principaux éléments de l'anamnèse sont reportés et les résultats des évaluations sont notés.

Le document comprend 3 parties :

- La **Partie 1** contient les informations les plus importantes de l'anamnèse générale et les informations médicales utiles. Un résumé des éléments spécifiquement reliés au bégaiement est aussi inclus.
- La **Partie 2** apporte un récapitulatif des données de l'évaluation. Tout d'abord, les informations relatives au bégaiement sont présentées : une description à la fois qualitative et quantitative est fournie; les types de bégaiements, les comportements secondaires, les scores d'impact et ceux du SSI-4 (Riley, 2009). Cela s'accompagne des informations de l'évaluation concernant les Demandes et les Capacités dans le cadre des quatre domaines. Il est recommandé de conserver l'ordre suivant lors de la rédaction de ces observations :
 - Tout d'abord, les données du test d'évaluation de l'enfant sont consignées dans la section Capacités.
 - Ensuite les informations obtenues suite à l'analyse des interactions parent-enfant sont renseignées pour les Demandes correspondantes (qui apparaissent dans la colonne de gauche du formulaire d'analyse des interactions parent-enfant). Les informations utiles obtenues par les questionnaires supplémentaires adressés aux parents et à l'enseignant-e sont aussi reportées.
 - Enfin, avant de compléter la troisième partie du document (objectifs du traitement), *des hypothèses concernant les points de pression dans la communication* sont émises pour servir au plan de traitement. Pour cela nous examinons les Capacités évaluées de l'enfant à la lumière des Demandes externes correspondantes. Note : les Demandes internes seront abordées plus tard, lors de la Phase 2. Voici quelques exemples :
 - Des compétences élevées en langage expressif sont considérées comme une Capacité dans le domaine Linguistique.
 - Ces habiletés développées sont également considérées comme *des Demandes (internes) Motrices*, puisque des phrases plus longues exigent davantage de planification motrice et tendent à être prononcées plus rapidement. L'utilisation de phrases plus longues impose donc une Demande plus élevée sur les Capacités Motrices de l'enfant.
 - Le modèle de langage parental observé durant l'interaction parent-enfant, dans le cas d'un enfant ayant un langage expressif bien développé, est souvent également caractérisé par un langage complexe. Cela est consigné dans le tableau récapitulatif comme une Demande (externe) dans le domaine Linguistique. Toutefois, même si aucun langage parental complexe n'est observé pendant l'interaction, il s'agit néanmoins d'une préoccupation possible, car les parents exposent leur enfant au langage et stimulent (de manière inconsciente) le développement du langage.
 - La situation inverse : un enfant obtenant de faibles scores aux composantes du test liées aux habiletés langagières expressives. Cela est noté comme des *Capacités du Domaine Linguistique* faibles. Un langage parental approprié à l'âge de l'enfant, mais non adapté à ses Capacités réelles, est inscrit comme une forte Demande externe dans le domaine Linguistique, puisqu'il doit être compensé en raison des Capacités langagières limitées de l'enfant.

- Ces exemples illustrent un déséquilibre à deux niveaux :
 1. Chez l'enfant, entre le langage expressif et le langage réceptif ;
 2. Entre les Capacités langagières de l'enfant et les stimulations langagières de son environnement.
 - Pour un-e enfant présentant une réactivité émotionnelle marquée – par exemple, qui demeure longtemps joyeux·se, apeuré·e, en colère ou triste – cela est noté comme de faibles *Capacités dans le domaine Émotionnel* (faible régulation des émotions). Les Demandes externes correspondantes sont ensuite explorées : est-ce que l'environnement réagit de façon à freiner le déclenchement de cette émotion intense (sans que l'enfant supprime l'émotion) ? Si ce n'est pas le cas, on considère alors qu'il existe également de fortes *Demandes externes dans le domaine Émotionnel*, ce qui est consigné dans les colonnes correspondantes.
- La **Partie 3** présente les objectifs du traitement, établis à partir des hypothèses formulées en lien avec les pressions exercées sur la communication par les Demandes et les Capacités. Tous les éléments relevés dans les différents domaines servent de repères pour le traitement.

3

Premier entretien parental

Une fois l'évaluation terminée et le formulaire complété, un entretien est mené avec les parents, en l'absence de l'enfant, dans le but de :

- A. Apporter des informations orales et écrites sur le bégaiement (voir Annexe 3).
- B. Présenter les résultats de l'évaluation.
- C. Introduire le Temps Spécial de 15 minutes.
- D. Présenter le journal de bord.

Concernant le **point A**, le but est de mettre en place une situation dans laquelle les parents réalisent que le bégaiement survient du fait de facteurs héréditaires/neurologiques aussi bien que développementaux. De ce fait, l'enfant a pour le moment des Capacités limitées ou inégales, ce qui a contribué à l'apparition de comportements de bégaiement. Par conséquent, des Demandes parfaitement normales sur la communication peuvent tout simplement s'avérer trop élevées pour l'enfant. Ayant cela en tête, on demande aux parents, avec l'aide de la thérapie, de réduire significativement la pression exercée sur la communication afin de rétablir l'équilibre entre les Demandes imposées par l'environnement ou par l'enfant lui-même ou elle-même, et les Capacités de cette dernière, qui ne peuvent être renforcées que dans un tel contexte. Généralement, cela permet d'atteindre un équilibre dans lequel les Capacités sont plus fortes que les Demandes. Grâce à cet équilibre favorable, le bégaiement disparaît chez 75 % des enfants en moyenne. Un certain degré de bégaiement persiste chez environ un quart des enfants. Chez tous les enfants, l'objectif de l'équilibre entre les Capacités et les Demandes est de permettre à l'enfant de communiquer librement et avec confiance avec ou sans bégaiement. Le degré de disparition des moments de bégaiement est une considération secondaire.

En ce qui concerne le **point B**, les résultats de l'évaluation sont présentés et expliqués aux parents lors de l'entretien, à l'aide d'un schéma du MDC (voir Annexe 4). Les principales informations sont résumées et plusieurs exemples sont fournis afin d'éviter de surcharger les parents avec trop d'informations. Par exemple, montrer aux parents un score bas au test OMAS (correspondant à des Capacités motrices réduites) peut leur permettre de comprendre plus facilement pourquoi un débit de parole plus lent dans l'environnement peut être bénéfique. Cette explication sur le MDC, faite spécifiquement pour cet enfant, crée la base d'une coopération avec le parent. Un parent qui perçoit les ajustements à l'environnement de communication comme une étape positive — et non comme une correction de ses erreurs — est souvent plus enclin à s'engager activement dans le processus. Cette posture favorise la mise en place d'un environnement favorable pour que l'enfant développe sa communication. Des informations supplémentaires par domaine peuvent être apportées durant le traitement quand ce domaine est traité.

Remarque : il est important de vérifier tout au long du traitement que le parent continue à appliquer les exercices dans le contexte du MDC. Il est donc important d'y revenir régulièrement après cet entretien initial.

Pour ce qui est du **point C**, le Temps Spécial de 15 minutes est expliqué aux parents. L'idée est que le parent réserve *15 minutes* de temps à son enfant cinq jours par semaine *minimum*, en situation duelle, en portant à l'enfant une attention pleine et entière. C'est le premier exercice à faire à la maison : mettre en place ces temps spécifiques durant la semaine à venir. Ce temps permet au parent de travailler les habiletés spécifiques visant à réduire les Demandes. Durant la Phase II de la thérapie, ce temps est utilisé pour des exercices destinés à développer les Capacités de l'enfant.

Quant au **point D**, il est aussi demandé au parent de commencer un journal de bord dans lequel il ou elle prend des notes sur les Temps Spéciaux. L'orthophoniste et le parent pourront aussi noter des détails pendant les séances. Durant la première semaine, le parent note seulement l'heure, la durée, et les jeux utilisés. À partir de la première séance de traitement en présence de l'enfant, l'orthophoniste et le parent prendront des notes sur la séance. Quand le parent commence à pratiquer les modifications de sa façon de communiquer avec l'enfant, il ou elle note aussi quels changements ont été pratiqués et le résultat. Au bout d'un certain temps, le parent ne prendra plus de notes à chaque Temps Spécial, mais consignera une description globale des exercices réalisés durant la semaine, incluant les réactions du parent et de l'enfant face au changement de comportement du parent. Les questions et observations pourront également y être ajoutées.

Dans le journal de bord, un parent peut noter la sévérité et l'impact du bégaiement en utilisant par exemple l'échelle à 8 points de Yairi et Ambrose (Yairi et Ambrose, 1999) ou l'échelle à 10 points du Programme Lidcombe (Onslow et al., 2020). Dans certains cas, les parents commencent avec une notation journalière, ensuite ils ou elles peuvent utiliser une note moyenne pour l'ensemble de la semaine (en ajoutant éventuellement le score le plus élevé de la semaine). Lorsque les parents sont très focalisés sur les moments de bégaiement, il est possible de leur suggérer de noter quotidiennement cinq moments de communication facile, avec ou sans moments de bégaiement. Dans la plupart des cas, les parents constateront que le bégaiement de leur enfant a moins d'impact sur la communication qu'ils ou elles ne le pensaient.

4

La thérapie Restart-DCM

4.1 Principes généraux

Tout commence par une bonne collaboration entre le thérapeute et les parents, fondée sur l'objectif principal de la thérapie et sur l'attitude de l'orthophoniste. Une attitude qui incarne le principe : « faites ce que vous dites », dans chaque séance, chaque parole, chaque regard.

« Le bégaiement, c'est bien, c'est ta façon de parler. »

Avec ce message, nous aidons les enfants et leurs familles à trouver un équilibre optimal entre les Capacités et les Demandes. Cela permet, dans la grande majorité des cas, d'atténuer les comportements de bégaiement. Les changements observés varient d'un enfant à l'autre.

Les deux Phases, comprenant chacune les quatre domaines du traitement Restart-DCM, ont été décrites ci-dessus (voir la section 1.2 « Quand démarrer la thérapie Restart-DCM? »). Au début, les parents et l'enfant vont suivre des séances de 45 à 60 minutes par semaine. La fréquence des séances peut varier au cours du traitement, selon l'évolution. Pendant la phase de maintien, les séances sont habituellement réduites à une demi-heure. Généralement toutes les quatre séances parent-enfant, une séance d'entretien avec les parents sans l'enfant a lieu, lors de laquelle les deux parents sont invités. Ces rendez-vous permettent de discuter des sujets concernant le bégaiement de l'enfant qu'il est préférable d'aborder hors de sa présence. Il s'agit d'un espace où les parents peuvent, par exemple, exprimer les émotions inconfortables ressenties, discuter de leur sentiment de culpabilité ou partager le poids de la responsabilité qu'ils et elles ressentent face à leur sentiment de devoir faire disparaître le bégaiement de leur enfant. Un autre sujet de discussion fréquent est le rôle que chaque parent a dans la thérapie ou leur façon de la mener. Des problématiques des parents peuvent aussi être abordées dans la mesure où elles ont un lien avec le bégaiement. Ces rendez-vous avec les parents sont proposés aussi longtemps que nécessaire.

4.2 Structure d'une séance de traitement

Chaque séance suit un schéma fixe :

- L'orthophoniste modélise un comportement de parole modifié tout en jouant avec l'enfant ; le parent observe et prend des notes dans le journal de bord.
- Le parent essaye d'appliquer le comportement modélisé par l'orthophoniste en jouant avec son enfant.
- L'orthophoniste et le parent font brièvement le point sur l'essai du parent.
- L'orthophoniste formule avec le parent comment il ou elle appliquera le comportement modifié durant la semaine à venir à la maison.
- L'orthophoniste demande au parent de résumer ce qui est attendu dans la semaine.

- A la fin, il est proposé un temps de questions, de discussion ou de résolution de problèmes concernant la séance et le transfert au quotidien.
- L'orthophoniste vérifiera, de temps à autre avec le(s) parent(s), si l'objectif du traitement est bien compris, si les activités y contribuent efficacement et si tous et toutes sont toujours en accord.

A partir de la deuxième séance en présence de l'enfant, chaque séance débute avec :

- Le parent montre lors d'un jeu avec son enfant comment la thérapie a été appliquée durant la semaine.
- Pendant que l'enfant peut continuer à jouer, l'orthophoniste et le parent parlent du journal de bord, des aspects de la thérapie de la semaine passée et de la démonstration en début de séance.

En résumé, le parent apprend à adopter des comportements de parole modifiés en s'exerçant avec l'orthophoniste pendant les séances de thérapie. Nous insistons encore sur le fait qu'un traitement RESTART ne consiste jamais à donner uniquement des conseils. L'orthophoniste montre le comportement modifié et pratique ce changement avec le parent. Le parent s'entraîne à utiliser ce nouveau comportement de parole durant les Temps Spéciaux. Il est demandé au parent de le faire uniquement lorsque l'orthophoniste est convaincu-e que le parent est capable d'appliquer le comportement de parole modifié correctement. Quelquefois, plusieurs séances sont nécessaires pour apprendre au parent une modification du comportement de parole.

4.3 Trois niveaux de pratique : pendant la séance de thérapie, pendant les Temps Spéciaux et dans la communication quotidienne

L'objectif ultime de la thérapie est d'amener le(s) parent(s) à appliquer les changements de comportements appris dans les situations de communication quotidiennes. Cependant, il s'agit d'un processus progressif qui requiert des efforts conscients pour modifier des habitudes verbales bien ancrées. Pour cette raison, la première chose que le parent fait est de pratiquer un comportement verbal modifié - tel que la réduction de la vitesse articulatoire - pendant les séances de thérapie. Il en va de même pour la pratique des habiletés de l'enfant : celles-ci sont d'abord pratiquées lors des séances de thérapie. Ensuite, le parent exercera le comportement verbal modifié ou les habiletés de l'enfant pendant les Temps Spéciaux. Dès que possible quand le comportement verbal modifié est maîtrisé, il est demandé au parent d'appliquer ces modifications durant les situations de la vie quotidienne aussi et pas seulement durant les Temps Spéciaux. Pour commencer, une situation quotidienne est choisie, par exemple « au moment du coucher », « dans la salle de bains lors de la toilette », et cela s'étend progressivement à de nouvelles situations.

Durant la Phase 1 du traitement, le Temps Spécial continue à être une occasion d'entraîner une *nouvelle* modification de comportement. Un nouveau comportement est ajouté pendant le Temps Spécial en même temps que la modification précédente. Par exemple : apprendre à allonger les temps de réponse lorsqu'on parle plus lentement. Bien que la diminution du débit articulatoire ait été mise en place dans une

ou plusieurs des situations quotidiennes, ce n'est pas encore le cas des temps de réponse allongés. L'application de ce changement est d'abord faite durant le Temps Spécial, quand le parent peut se concentrer complètement sur cette tâche. Une fois ce nouveau comportement maîtrisé, ce dernier pourra commencer à l'appliquer dans ses interactions verbales avec l'enfant, dans certaines situations quotidiennes choisies, en dehors des Temps Spéciaux de 15 minutes. Durant ces situations quotidiennes, le parent peut, par exemple, adopter une vitesse articulatoire lente et des temps de réponse allongés. Cela permettra de libérer les Temps Spéciaux pour commencer à pratiquer un nouveau comportement. Celui-ci est choisi par l'orthophoniste selon la situation particulière de l'enfant, et est ici encore entraîné et pratiqué *en complément*.

Au cours de la Phase 2, qui porte sur l'augmentation des Capacités de l'enfant, le Temps Spécial est destiné à pratiquer les habiletés de l'enfant, tandis que le parent applique les modifications de comportement apprises dans la Phase 1. Les habiletés qui sont pratiquées avec l'enfant pendant le Temps Spécial tout au long de la Phase 2 ne sont *pas* requises de l'enfant dans la vie quotidienne. Ce serait une demande beaucoup (trop) grande. On suppose que l'enfant appliquera automatiquement ces habiletés (par exemple simplifier une histoire qu'il ou elle raconte ou respecter le tour de parole), dans la vie quotidienne une fois qu'il ou elle les aura maîtrisées.

Parfois, l'orthophoniste peut avoir des doutes quant à la manière dont le parent met en œuvre le traitement au quotidien. Dans ce cas, une bonne option consiste à demander au parent de réaliser régulièrement des vidéos lors de situations de transfert spécifiques. Lors d'une séance, le parent et l'orthophoniste peuvent visionner ces enregistrements ensemble. L'orthophoniste fournit des retours constructifs et adopte une approche de résolution de problème pour accompagner le parent dans l'intégration des nouveaux comportements verbaux dans les situations quotidiennes.

5

Phase 1 : Diminuer les Demandes

L'évaluation peut faire apparaître plus d'une indication par domaine dans les différents aspects. Les domaines sont toujours abordés dans un ordre fixe, comme décrit ci-dessous. Le traitement commence en première intention par le domaine Moteur. Le transfert s'effectue selon le schéma décrit plus haut.

Il est possible qu'en parvenant à modifier un comportement, une autre indication disparaisse spontanément. Par exemple, dans certains cas, l'objectif thérapeutique de parler avec des phrases plus courtes (plus en phase avec le niveau de capacité grammaticale de l'enfant), est obtenue spontanément lorsque le parent réduit sa vitesse articulatoire, car le ralentissement de l'articulation incite à l'utilisation de phrases plus courtes. Il est également possible que le traitement ne soit plus nécessaire, par exemple après avoir seulement réduit les Demandes dans les domaines Moteur et Linguistique. Ces modifications peuvent avoir causé la disparition du bégaiement de l'enfant, de sorte que la poursuite du traitement n'est plus indiquée (voir la section 7, « Diminution progressive du traitement »).

Seules les Demandes qui sont pertinentes pour le parent et l'enfant concerné-e sont abordées. L'orthophoniste traduit autant que possible toutes les indications de traitement en exercices, afin de permettre au parent d'expérimenter concrètement chaque comportement spécifique modifié. Demander aux parents d'éviter un comportement particulier ou de s'entraîner à le supprimer a généralement peu d'effet (par exemple, « essayez de ne pas poser de questions »). Il est en revanche plus efficace de leur proposer une alternative au comportement en question (par exemple, « privilégiez les commentaires lorsque vous parlez »).

5.1 Réduction des Demandes Motrices

INDICATIONS COURANTES :

- Le parent articule plus vite que l'enfant dans des phrases sans bégaiement.
- L'enfant articule relativement vite (> 3,5 syllabes par seconde).
- Le parent et/ou l'enfant ont des temps d'interaction brefs ou l'un coupe la parole à l'autre.
- La famille a un rythme de vie constamment élevé/est pressée.
- La famille a l'habitude de parler à un rythme rapide dans les moments où le temps est limité.

(Voir notamment l'analyse de l'interaction vidéo, aux sections 2.2, 4.3 et 5)

OBJECTIF :

Réduire la pression temporelle et ralentir le débit de parole afin de diminuer le risque que la planification et l'exécution de la parole et du langage de l'enfant dépassent ses Capacités à ces moments.

LES CHANGEMENTS POSSIBLES DE COMPORTEMENT DE LA PART DU PARENT :

- Parler avec un rythme lent, détendu et fluide, de manière naturelle avec l'enfant.
La règle empirique pour trouver la bonne vitesse est la suivante : il s'agit de la vitesse articulatoire de l'enfant lors d'énoncés fluides qui s'enchaînent sans moment de bégaiement. Chez un jeune enfant, ce débit articulatoire dépasse rarement 3,5 syllabes par seconde. S'il n'y a pas d'énoncés fluides et que l'enfant parle à une vitesse relativement rapide, le parent doit apprendre à parler avec un débit articulatoire plus lent, grâce à son propre modèle interne. Cela peut nécessiter une certaine pratique. Certains enfants réduisent inconsciemment leur propre vitesse de parole lorsque leur parent parle plus lentement, tandis que d'autres enfants continuent à parler à leur vitesse habituelle ; cependant, il se peut qu'ils ou elles soient capables d'être plus détendus-es en parlant. Réduire la vitesse articulatoire de l'enfant n'est pas un objectif !
Remarque : Lors des entretiens avec les parents, le terme « vitesse de parole » est utilisé plutôt que « débit articulatoire » dans un souci de clarté et de simplicité.
- Mettre en pratique un délai de réponse prolongé (environ 1 à 2 secondes), sans aucun chevauchement dans les tours de parole.
- Laisser à l'enfant suffisamment de temps pour raconter son histoire. S'il n'y a pas assez de temps, le parent signale que ce n'est pas le bon moment pour raconter l'histoire ; il ou elle reporte la conversation à un moment ultérieur plus approprié.
- Réagir de manière non verbale afin de favoriser un tour de rôle posé, par exemple en proposant un signe d'arrêt si l'enfant l'interrompt. Le parent s'abstient d'établir un contact visuel avec l'enfant à ce moment précis, mais maintient le contact visuel avec la personne dont c'est le tour.
- Le maintien d'un contact visuel normal, adapté aux coutumes de la culture et de la famille. Le contact visuel favorise des temps d'interaction calmes et permet d'éviter le chevauchement des tours de parole : vous voyez quand l'autre personne a fini de parler, parle encore ou a quelque chose d'autre à dire.
- Contrôler le rythme général de la vie au sein de la famille (transitions tranquilles d'une activité à l'autre, temps de latence suffisants). En cas de pression temporelle ou de rythme de vie rapide, le parent apprend à s'exprimer par des phrases courtes et calmes et à reporter les conversations à un moment plus approprié.

5.2 Réduire les Demandes Linguistiques

INDICATIONS COURANTES :

- L'enfant a un développement langagier avancé.
- L'enfant ne fait pratiquement pas de pauses naturelles lorsqu'il ou elle raconte une histoire.
- Le nombre de questions posées par le parent est relativement élevé.
- Le nombre de commentaires formulés par le parent est plutôt faible.
- Le nombre d'énoncés du parent par tour de parole est beaucoup plus élevé que le nombre d'énoncés de l'enfant.
- Le langage utilisé par le parent est nettement plus complexe (phrases composées, mots relativement difficiles, phrases longues, phrases inversées ou passives) que ce qui est approprié à l'âge de développement de l'enfant.
- Le parent introduit fréquemment un nouveau sujet.

(Voir notamment l'analyse de l'interaction parent-enfant en vidéo de l'Annexe 1, aux points 1 a, b, 2a, b et 4a, d, e.)

OBJECTIF :

S'aligner de façon ciblée sur le niveau de langage et le profil de l'enfant, pas de surstimulation du développement du langage, pas d'exigences (excessivement) élevées en matière de compréhension et d'expression du langage.

LES CHANGEMENTS POSSIBLES DE COMPORTEMENT DE LA PART DU PARENT :

- Utiliser principalement des affirmations (plutôt que des questions) lorsqu'il ou elle s'adresse à l'enfant, et choisir des mots adaptés en termes de longueur et de complexité à son âge développemental et à son profil langagier (selon l'évaluation).
- Assurer un bon équilibre entre le nombre de mots ou d'énoncés prononcés à chaque tour de parole par le parent et par l'enfant.
- Suivre l'initiative de l'enfant dans la mesure du possible, en lui accordant de l'attention et en utilisant des commentaires descriptifs.
- Si l'enfant a tendance à bégayer davantage en répondant à des questions ouvertes, privilégier les questions fermées ou à deux choix.
- Reformuler de manière fréquente des phrases de l'enfant sous forme de commentaire, avec parfois l'ajout d'une remarque supplémentaire et pertinente. (Enfant : « Je veux caresser le chien ». Parent : « Oh, oui, caresse le chien. Tu aimes le chien »). Le parent doit essayer systématiquement de le faire calmement et sur un ton neutre, si l'énoncé n'est pas correct sur le plan syntaxique, sans corriger explicitement l'enfant (« J'ai choisi le fille ». « D'accord, tu as choisi la fille. »).
- Ne pas demander explicitement à l'enfant de répéter une phrase qu'il ou elle n'est pas encore capable de prononcer correctement.
- Modéliser le fait de ne pas toujours trouver le bon mot pour quelque chose, puis le décrire (« Une sorte de cheval avec des rayures »), afin que l'enfant sente moins de pression pour trouver le bon mot rapidement et correctement pour décrire quelque chose.
- Utiliser plusieurs phrases sur un élément d'information dans la conversation (« redondance lexicale »). On expose l'enfant au même mot dans différents contextes, ce qui favorise la mémorisation de sa forme et de son contenu. La densité d'informations de la conversation s'en trouve également réduite, ce qui signifie que la capacité de traitement de l'enfant est moins sollicitée. Il en va de même pour la structure des phrases (« redondance syntaxique »). Le fait que le parent apporte consciemment des modifications minimales aux phrases demande moins de travail de traitement à l'enfant. En outre, il est plus facile pour l'enfant d'imiter une structure récurrente. Remarque : on expose l'enfant à l'information verbale de manière répétée et sous une forme légèrement différente, sans lui demander de faire la même chose.
- Reconnaître la nécessité de « moins parler » dans certaines situations. Les jours où le bégaiement se produit (clairement) plus que d'habitude, on peut rechercher des activités qui nécessitent peu ou pas de parole : puzzles (casse-têtes), coloriage, pâte à modeler, vélo, découpage avec des ciseaux, écouter de la musique - sans donner l'impression à l'enfant qu'il ou elle devrait moins parler. Ainsi, le parent apprend que donner de l'attention et parler ne sont pas nécessairement indissociablement liés.
- Si l'enfant ne fait pas de pauses spontanées, le parent peut faire un signe d'arrêt et résumer en deux ou trois mots ce qui a été compris, avant de donner à l'enfant l'occasion de continuer.

5.3 Réduire les Demandes Émotionnelles

INDICATIONS COURANTES :

- Relation entre la sévérité du bégaiement de l'enfant et les émotions intenses.
- L'enfant a généralement peur de faire des erreurs ou réagit fortement à son bégaiement.
- L'interaction parent-enfant se caractérise généralement par un degré élevé d'émotivité. Cela produit de l'excitation et de la pression chez l'enfant.
- Les réactions du parent à ce que dit l'enfant semblent agitées, stressées, anxieuses, inquiètes, etc. et cela se reflète chez l'enfant.
- La réaction du parent (ou de l'environnement) au comportement de l'enfant n'est pas adaptée à son tempérament (mauvaise adéquation).
- Les parents hésitent à parler du bégaiement avec leur enfant, même si tout le monde est au courant et sait qu'il cause des problèmes à l'enfant (« conspiration du silence »).

(Voir notamment l'analyse de l'interaction parent-enfant en vidéo de l'Annexe 1, aux points 1c, 3, 4b, f, 6a, b, c, d.)

OBJECTIF :

Le parent écoute et observe attentivement l'enfant, et exprime verbalement ou par ses actions son acceptation de l'enfant et de son discours. Le parent crée un environnement émotionnel apaisant, réduisant ainsi les points de tension dans la communication pour l'enfant. Tous les aspects ne peuvent pas être transformés en exercices ; certains seront principalement abordés lors des séances avec les parents. Cependant, une fois de plus, l'orthophoniste s'efforcera de modéliser, de pratiquer et de renforcer ces compétences au cours des séances.

LES CHANGEMENTS POSSIBLES DE COMPORTEMENT DE LA PART DU PARENT :

- Apprendre à rester calme en général (de manière préventive) et à modérer ses propres émotions intenses en présence de l'enfant.
- Fournir une structure et donc une sécurité et une prévisibilité. De nombreux enfants d'âge préscolaire sont apaisés par la routine et la prévisibilité (par exemple, la régularité des repas). La routine hebdomadaire peut être visualisée par les parents dans des tableaux avec des pictogrammes. Les événements particuliers, comme le fait de préparer une fête d'anniversaire, peuvent être indiqués sur le tableau. De cette manière, on établit clairement la fréquence et le moment où les choses sont autorisées, ce qui crée un environnement plus rassurant. Les parents hésitent à parler du bégaiement avec leur enfant, même si tout le monde est au courant et sait qu'il cause des problèmes à l'enfant (« conspiration du silence »). (Voir notamment l'analyse de l'interaction parent-enfant en vidéo de l'Annexe 1, aux points 1c, 3, 4b, f, 6a, b, c, d.)
- Comprendre et reconnaître le tempérament de l'enfant, puis adapter la réaction en conséquence. Le parent s'efforce d'atteindre un état de confort émotionnel, d'être « bien dans sa peau », apprenant à apprécier l'enfant pour sa personne plutôt que de réagir uniquement à ses actions.
- Réduire les émotions fortes de l'enfant en apprenant à réagir en deux étapes (voir Annexe 5 « Communiquer avec des Demandes Émotionnelles réduites : deux étapes »). Une émotion forte chez l'enfant sera souvent apaisée plus rapidement si elle est verbalisée sur un ton calme et adapté, afin de lui laisser

- un peu d'espace (première étape). La verbalisation de cette émotion sous forme de commentaire valide alors les émotions fortes (désagréables) de l'enfant. Ensuite, la routine normale est rétablie avec une attitude calme (deuxième étape).
- Si l'enfant reste longtemps dans son état émotionnel, par exemple la colère, le parent peut lui dire d'une voix calme et neutre d'aller dans sa chambre, pour pouvoir se mettre en colère « autant qu'il ou elle le voudra ». Il est important que l'enfant ne perçoive pas le fait d'être envoyé-e dans sa chambre comme une punition pour avoir exprimé sa colère. Toutefois, cette mesure peut permettre d'éviter que la colère ne soit renforcée par l'attention qu'elle susciterait dans un contexte social.
 - S'abstenir de prodiguer des conseils sur la façon dont l'enfant parle. Même si cela part d'une bonne intention, cela a souvent pour conséquence de faire réagir l'enfant avec plus de tension à son bégaiement.
 - Si l'enfant manifeste une réaction émotionnelle négative par rapport à son bégaiement (par exemple, de la peur, de la frustration, de la colère ou de l'impuissance), ou est manifestement en difficulté avec sa parole, le parent réagit de manière adaptée et calme, sans porter de jugement (« Ta bouche est coincée », « Parler peut vraiment être difficile parfois ; cela arrive à tout le monde de temps en temps »). Le parent montre que le bégaiement est autorisé, créant ainsi un environnement adapté au bégaiement.
 - Modéliser la façon de gérer une erreur de manière détendue (« ça arrive »), afin que l'enfant se mette moins de pression après avoir fait une erreur. S'assurer que le moment de bégaiement n'est pas considéré comme une erreur.
 - De temps en temps, le parent parle de manière décontractée en utilisant les moments de bégaiements de l'enfant, dans le but d'atténuer la sensibilité de l'enfant à cet égard. Souvent, cet exercice n'est pas immédiatement clair pour les parents et il arrive que les parents eux-mêmes soient très sensibles au bégaiement. Il est donc recommandé de discuter d'abord de la motivation de ce changement de comportement avec les parents et de le pratiquer au cours d'une séance sans la présence de l'enfant.

5.4 Réduction des Demandes Cognitives

INDICATIONS COURANTES :

- L'enfant veut « tout savoir » et pose énormément de questions.
- Le parent pose des questions relativement complexes sur le plan cognitif.
- On observe un « discours de demande » : « Raconte à X ce que tu... », « Qu'est-ce qu'on dit... »
- Le parent emploie un niveau plus élaboré de liens entre le langage et la cognition lors des conversations avec l'enfant que ce qui semblerait approprié à son stade de développement.
- Le parent introduit régulièrement de nouveaux sujets et/ou des sujets en dehors du contexte « ici et maintenant ».

(Voir entre autres les points 1 d, 2a, b, 3, 4a, d, e, et 6c de l'analyse de l'interaction parent-enfant en vidéo, Annexe 1).

OBJECTIF :

Le parent est sensibilisé aux Demandes Cognitives trop élevées pour l'enfant et ajuste son comportement si nécessaire. L'expérience clinique indique que des demandes cognitives excessives augmentent souvent le bégaiement.

LES CHANGEMENTS POSSIBLES DE COMPORTEMENT DE LA PART DES PARENTS :

- Poser une question à la fois, dont la complexité est adaptée à l'âge développemental de l'enfant et qui lui donne suffisamment de temps pour répondre.
- Poser une question de manière à ce que l'enfant soit libre de la commenter ou non : « Hmm, laisse-moi réfléchir, je me demande ce que les enfants ont fait à l'école aujourd'hui... Je crois qu'il y a eu une activité de peinture ». L'enfant est libre de décider de reprendre ce « fil de communication » ou de le laisser de côté.
- Essayer d'éviter autant que possible le « discours sur demande » et le remplacer par un commentaire. Le « discours sur demande » est un type de question relativement complexe, mais il a tendance à ne pas être reconnu comme tel par les parents : « Dis à maman ce que tu as fait à l'école aujourd'hui » ; « Dis à papa ce que tu m'as dit à propos de la petite fille de ta classe ». La pression de communication est bien moindre lorsque le parent parle plutôt par commentaires et fait des pauses plus longues. Par exemple, la mère peut commencer par dire : « Josie m'a parlé de quelque chose d'amusant qu'elle a fait à l'école aujourd'hui, papa... ». Si cette phrase est suivie d'une pause plus longue, l'enfant peut ou non intervenir. Le parent peut également poursuivre en ajoutant quelque chose comme « C'était quelque chose en rapport avec les bouteilles de peinture... », ce qui donne à nouveau à l'enfant l'occasion de reprendre l'histoire ou non.
- Suivre l'initiative de l'enfant en lui accordant toute son attention au lieu de suggérer de nouveaux sujets et de demander à l'enfant d'y prêter attention. De cette manière, le parent est en phase avec l'enfant et se met à son niveau.
- Converser avec l'enfant pendant le jeu et lui lire des livres adaptés à son niveau langagier et/ou cognitif. Il en va de même pour les réponses aux questions de l'enfant. Un enfant d'âge préscolaire n'a généralement besoin de connaître que les grandes lignes, et non tous les détails.

5.5 Transfert de la réduction des Demandes pendant la Phase 1

À la section 4.3, trois niveaux de pratique en thérapie ont été abordés. Le parent apprend à réduire les demandes, d'abord pendant les séances de thérapie, puis pendant les Temps Spéciaux et enfin pendant la communication quotidienne. Ce processus est graduel, car le changement nécessite de l'attention.

Si le parent a appris à réduire une demande pendant la séance de thérapie ; par exemple, en articulant plus lentement, le parent l'appliquera *d'abord* correctement pendant le Temps Spécial. Dès qu'il a commencé à réduire une Demande, le parent commencera à la réduire dans une situation quotidienne fixe. Une première situation quotidienne appropriée est discutée avec le parent. Par exemple, lorsqu'il habille l'enfant le matin, le ou la met au lit, pendant la toilette, pendant le trajet pour se rendre à l'école, à l'heure de la collation ou du goûter, à l'heure du repas. Le nombre de situations dans lesquelles le parent communique à l'aide de la modification est graduellement augmenté.

Lorsqu'une *nouvelle* modification du comportement est pratiquée pendant la séance de thérapie, celle-ci *s'ajoute* au changement précédemment maîtrisé pendant le Temps Spécial. Un exemple pourrait être d'apprendre à insérer des temps d'interaction plus longs tout en maintenant une vitesse articulatoire lente. Dans ce cas, le débit ralenti a déjà été mis en œuvre dans une ou plusieurs situations quotidiennes, mais l'insertion des temps d'interaction plus longs ne l'a pas été. Son application est d'abord pratiquée pendant le Temps Spécial, lorsque le parent peut y accorder toute son attention.

Une fois le comportement supplémentaire maîtrisé, le parent commencera également à le mettre en œuvre dans son comportement de parole avec l'enfant dans la ou les situations quotidiennes sélectionnées en dehors du Temps Spécial de 15 minutes. Dans ces situations quotidiennes, le parent utilisera alors, par exemple, à la fois un débit articulatoire lent et des temps d'interaction plus longs. Cela libérera les Temps Spéciaux pour commencer à pratiquer un nouvel élément. Cet élément est choisi par l'orthophoniste en fonction des besoins spécifiques de l'enfant et est à nouveau appris et pratiqué en complément. Par exemple, il peut s'agir d'un nombre plus égal de tours de parole.

6

Phase II: Augmenter les Capacités de l'enfant

Une fois qu'une réduction progressive de toutes les Demandes pertinentes a été réalisée et que l'Environnement Favorisant le Développement des Capacités (l'EFDC) a été instauré, l'attention peut être portée dans la Phase II sur le renforcement des Capacités de l'enfant. La Phase II est entamée si un équilibre optimal entre les Capacités de l'enfant et les Demandes de l'environnement n'a pas encore été atteint, ou si l'enfant est toujours incapable de communiquer avec aisance après la fin de la Phase I. L'objectif de la Phase II demeure l'atteinte d'une communication facile, avec ou sans bégaiement, ce qui constitue la base de la thérapie : tous les exercices sont centrés sur cet objectif.

Remarque : l'environnement favorisant le développement des Capacités qui est l'objectif de la Phase I reste la base du traitement pendant la Phase II : tous les exercices visant à augmenter les Capacités de l'enfant sont effectués dans le cadre de l'EFDC. L'orthophoniste continue d'être un modèle pour les parents. Cet aspect reste donc une composante récurrente de chaque séance de traitement au cours de la Phase II.

De même, l'ordre fixe dans lequel les quatre domaines sont abordés reste inchangé dans la Phase II : Moteur, Linguistique, Émotionnel et Cognitif. Cependant, dans la Phase II, il n'est pas nécessaire de terminer un domaine avant de passer au suivant. Par exemple, il peut s'avérer nécessaire d'entraîner les Capacités Motrices de la parole pendant une période prolongée. Dans ce cas, ces domaines peuvent simplement être abordés plus brièvement au cours de la session de traitement proprement dite. Parallèlement, à côté de ces exercices dans le domaine de la motricité, on peut commencer à renforcer les Capacités Linguistiques de l'enfant si nécessaire. On peut aussi se pencher sur les Capacités Émotionnelles, tout en consacrant une partie de la séance à l'entraînement de nouveaux niveaux du programme d'entraînement des Capacités Motrices de parole (*Speech Motor Training* [SMT]) et, si nécessaire, à l'entraînement des Capacités Linguistiques. Dans la Phase II, encore une fois, seules les indications spécifiques à l'enfant sont abordées, tant qu'un équilibre optimal n'est pas encore suffisamment établi.

Enfin, la structure des séances de traitement de la Phase II est en règle générale similaire à celle des séances de la Phase I : l'orthophoniste modélise un exercice pendant que le parent observe et prend des notes dans le journal de bord ; le parent a la possibilité de pratiquer l'exercice pendant que l'orthophoniste l'observe et lui fait des commentaires constructifs (si nécessaire). Lorsque le parent maîtrise l'exercice, celui-ci est répété à la maison.

6.1 Augmenter les Capacités Motrices de l'enfant

INDICATION COURANTE :

- Le test OMAS (Riley et Riley, 1985) a révélé des capacités motrices de la parole inadaptées. Les résultats du *Computer Articulation Instrument* (CAI, Maassen et al., 2019) le confirment.

OBJECTIF :

Amélioration de la planification et de l'exécution motrices de la parole, attestée par une amélioration de la précision, de la fluidité et de la vitesse du mouvement de la parole.

MÉTHODE :

Les capacités motrices de parole sont entraînées à l'aide du *Speech Motor Training* (SMT ; Riley et Riley, 1985 ; 1999). L'OMAS et le SMT sont disponibles sur le site Internet de RESTART-DCM pour les orthophonistes qui ont participé à la formation.

Dès que le parent et l'enfant sont capables d'effectuer l'exercice correctement pendant la séance de traitement, il est reproduit chaque jour à la maison, deux fois par jour pendant 5 minutes. Pendant cette Phase, les Temps Spéciaux sont facultatifs.

6.2 Augmenter les Capacités Linguistiques de l'enfant

INDICATIONS POSSIBLES SUR LA BASE DE L'ÉVALUATION ET DES OBSERVATIONS DE LA PHASE I :

- L'enfant présente un trouble développemental du langage. Cela n'est abordé dans le cadre du programme RESTART-DCM que lorsque cela entrave la capacité de l'enfant à communiquer (par exemple, lorsque les autres ont de la difficulté à comprendre sa parole).
- Il existe un déséquilibre dans le profil linguistique : une différence significative dans une ou deux composantes du langage (compréhension de phrases, compréhension de mots, production de phrases, production de mots, production de sons) par rapport aux autres composantes. Le manuel du test indique parfois à partir de quel seuil une différence est statistiquement significative. S'il ne le précise pas, nous considérons comme significative une différence d'au moins 0,7 écart-type (soit 11 points de quotient).
- Il y a un retard dans le processus de production de mots ou de structures de phrases pendant la parole spontanée. Un retard d'accès à la forme phonologique d'un mot peut se manifester par des disfluences linguistiques normales, comme dans : /seva, seva, cheval/. Un accès retardé au mot dans son ensemble (au niveau lexico-sémantique) peut être mis en évidence à l'aide d'un test (Renfrew, 1997) ou d'observations de la parole spontanée - comme de longues pauses (remplies d'interjections, par exemple) avant un mot de contenu - ou encore à travers les descriptions ou commentaires de l'enfant lui-même, par exemple : « Ma tête le sait mais ma bouche ne le sait pas ». Un décalage dans la formulation ou des problèmes de planification de la structure grammaticale peuvent être signalés par des longues pauses (remplies), des répétitions de mots ou de parties de phrases, des révisions ou des phrases non terminées.

- Des problèmes phonologiques sont constatés. Cela n'est abordé dans le cadre du programme RESTART-DCM que lorsque cela entrave la capacité de l'enfant à communiquer (par exemple, lorsque les autres ont de la difficulté à comprendre sa parole).
- L'enfant utilise très peu les pauses naturelles (points ou virgules imaginaires).

OBJECTIF :

Développer et atteindre un équilibre des compétences langagières, dans la mesure où elles semblent contribuer au bégaiement ; enseigner à l'enfant des stratégies d'adaptation si celles-ci peuvent contribuer à un équilibre optimal entre les Capacités et les Demandes.

MÉTHODE :

Ces compétences linguistiques seront pratiquées à la maison pendant les Temps Spéciaux - au minimum 5 jours par semaine. On veillera à ce que l'entraînement des Capacités Linguistiques n'entraîne pas une augmentation des Demandes. Il est recommandé de surentraîner une compétence avant d'aborder un nouvel aspect.

Remarque : Une partie des Temps Spéciaux (une brève période de 5 minutes) peut être utilisée pour travailler sur la progression du SMT.

- Éliminer un éventuel déséquilibre dans le profil langagier de l'enfant (par exemple, une compréhension des mots relativement faible) grâce à une stimulation linguistique appropriée.
- Améliorer ou automatiser la production de phrases en automatisant les structures de phrases pertinentes par le biais du jeu (TenT, Schlichting et De Koning, 1998 ; en anglais : BEST, McKean, Pert et Stow, 2012).
- Favoriser l'évocation lexicale en entraînant les capacités d'accès lexical (y compris en pratiquant les catégories sémantiques et/ou en apprenant à utiliser les mêmes indices de son) et en apprenant des stratégies d'adaptation, telles que la description : (« le truc pour... »).
- Utiliser le jeu (parler au feu rouge ou à l'arrêt d'autobus) pour apprendre à l'enfant à faire des pauses dans les phrases longues et lorsqu'il ou elle raconte une histoire. Dans la Phase I, cette activité a été facilitée par le parent (Demandes réduites - domaine Linguistique). Si l'enfant ne parvient toujours pas à insérer les pauses sans l'intervention du parent, cette compétence lui sera directement enseignée.
- L'amélioration des compétences phonologiques se fait avec prudence car une croissance rapide de ces compétences est associée à un bégaiement persistant (Paden et al., 2002). Cet objectif de traitement est donc reporté jusqu'à ce que l'enfant soit capable de s'exprimer sans se sentir freinée par le bégaiement, à moins qu'il ou elle ne soit confronté à un obstacle (frustration, compréhension, début de l'apprentissage de la lecture). Les méthodes appropriées sont, par exemple, Hodsén et Paden (Hodsén et Paden, 1991) et Metaphon (Dean, Howell, Waters et Reid, 1995), qui mettent fortement l'accent sur l'entraînement et la stimulation visuelle et sonore dans des contextes facilitants. On évitera de stimuler directement la production de son, par exemple, en utilisant une pression articulaire intensifiée.

6.3 Augmenter les Capacités Émotionnelles de l'enfant

INDICATIONS POSSIBLES SUR LA BASE DE L'ÉVALUATION ET DE LA PHASE 1 :

- L'enfant est extrêmement sensible à sa parole et/ou à son bégaiement.
- L'enfant a un tempérament réactif et de faibles capacités d'autorégulation émotionnelle, ce qui est associé à un bégaiement plus fréquent ou plus sévère.

OBJECTIF :

L'enfant développera une attitude calme et détendue à l'égard de la parole et du bégaiement. L'enfant apprendra à reconnaître et à réguler les émotions ou les sensations fortes qui entretiennent le bégaiement, en recréant des situations de pression pour l'entraînement ou par le renforcement d'une habileté d'auto-régulation émotionnelle déjà acquise.

MÉTHODE :

L'orthophoniste cherche à rendre les objectifs aussi concrets que possible sous forme d'exercices. Après avoir guidé l'enfant à travers ces exercices, l'orthophoniste organise des séances où ces exercices sont effectués avec le parent. Certains exercices sont répétés pendant les Temps Spéciaux - au moins 5 fois par semaine - tandis que d'autres sont élaborés comme des outils pour être utilisés dans la vie quotidienne à la maison.

Remarque : Les changements dans le domaine Émotionnel seront souvent soutenus par la modélisation des pensées exprimées à haute voix. Cela peut brouiller la frontière entre les domaines Émotionnel et Cognitif. L'objectif de l'exercice (s'il vise à modifier une émotion ou une cognition) détermine dans ce cas le domaine auquel l'aspect à modifier est attribué.

- Désensibilisation à l'expérience du bégaiement. Malgré la modélisation par le parent de moments de bégaiement détendus (réduction des Demandes, domaine Émotionnel), l'enfant continue à manifester de l'anxiété ou de la frustration à propos de sa parole ou du bégaiement. On peut distinguer trois étapes.
 1. L'orthophoniste produit des moments de bégaiement qui ressemblent à ceux de l'enfant. Au début, l'orthophoniste utilisera la même intonation et la même expression faciale pour montrer une réaction émotionnelle similaire à celle de l'enfant, mais l'accent est mis sur ses mots. Par exemple : « Oh, mon Dieu, c'était un gros blocage ; ma bouche est restée complètement coincée ». Après une brève pause, l'orthophoniste continue à verbaliser ses pensées - ce que l'on appelle le discours intérieur ou *self-talk* - en proposant un changement de focalisation qui neutralise l'émotion négative sous-jacente. L'orthophoniste peut dire : « Mais c'est génial que j'aie continué, parce que maintenant tout le monde sait ce que je voulais dire ». Pendant tout ce temps, l'enfant peut observer tranquillement l'orthophoniste, sans être perturbé par ses propres émotions.
 2. A un moment ultérieur de la séance, un commentaire peut être fait d'une voix calme à propos d'un bégaiement produit par l'enfant (« Ah, tiens, ta bouche est un peu coincée, comme moi tout à l'heure. Eh bien, parler est parfois difficile »). Progressivement, si nécessaire, la thérapie peut s'orienter vers :

3. Un jeu dans lequel l'orthophoniste (et/ou le parent) et l'enfant insèrent intentionnellement des moments de bégaiement dans leur parole, renforçant ainsi une attitude neutre et tolérante à l'égard du bégaiement. Cela permet d'introduire le concept cognitif selon lequel « c'est OK de bégayer ».
- Au cours de la Phase I, les parents ont appris à mieux accompagner les émotions fortes chez l'enfant (voir notamment l'Annexe 5). Au cours de la Phase II, l'accent est mis sur l'enseignement à l'enfant de compétences lui permettant de réguler lui-même ses émotions. Nous utilisons la procédure par étapes suivante :
 1. L'enfant apprend ce que sont les émotions et à en parler. Il existe de nombreux supports thérapeutiques, ainsi que de nombreux livres d'images qui peuvent servir de point de départ.
 2. L'enfant apprend à reconnaître et à verbaliser les émotions, d'abord celles des autres (orthophoniste, parents, frère, sœur...), puis les siennes. Ce n'est qu'après avoir maîtrisé cette étape que l'enfant est prêt à passer à l'étape 3.
 3. L'enfant apprend à freiner une émotion trop intense. Dans la pratique, il s'agit généralement d'apprendre à contenir la frustration et la colère.
 - a. Montrer à l'enfant une compétence qu'il ou elle maîtrise déjà. Par exemple, l'orthophoniste : « Hé maman, tu as vu ça ? Marc n'arrivait pas à faire son lacet et il ne s'est pas fâché. Il est allé voir papa et lui a demandé de l'aide. C'est très intelligent de sa part d'imaginer une autre solution quand quelque chose ne marche pas. De cette façon, on n'a pas besoin de se mettre en colère ». Le fait de ne pas s'adresser directement à l'enfant lui permet d'assimiler cette verbalisation de la façon de s'autoréguler sans interférence.
 - b. L'orthophoniste peut également, comme décrit ci-dessus en ce qui concerne les sentiments lorsque le bégaiement se produit, manifester l'émotion négative de la même manière que l'enfant, puis utiliser le discours intérieur ou *self-talk* pour montrer comment laisser passer l'émotion.
 4. Au cours de la dernière étape, l'orthophoniste crée des moments au cours d'une séance de traitement où une émotion spécifique est évoquée chez l'enfant. L'orthophoniste suit alors les étapes avec l'enfant pour réguler cette émotion.

6.4 Augmenter les Capacités Cognitives de l'enfant

INDICATIONS :

- L'enfant fait preuve d'un comportement inadéquat en matière de tour de parole, malgré les conseils du parent (Phase I).
- L'enfant donne l'impression d'être perfectionniste en général, ou en ce qui concerne sa parole / son bégaiement.
- L'enfant a une faible conscience méta-linguistique.

OBJECTIF :

Acquérir des concepts adaptés à l'âge permettant de favoriser une communication aisée et spontanée, et donc moins stressante.

MÉTHODE :

Dès que le parent a acquis une maîtrise suffisante d'un exercice, celui-ci doit être pratiqué individuellement pendant les Temps Spéciaux à la maison, au minimum 5 jours par semaine. Éventuellement en combinaison avec des exercices pour d'autres domaines.

- Le concept de tour de parole et de règles conversationnelles est enseigné (Conture, 2001) :
 - Écouter quand les autres parlent (oreilles ouvertes)
 - Ne pas parler en dehors de son tour (attendre son tour)
 - Ne pas interrompre les autres (bouche fermée).
- La première étape peut consister en des jeux dans lesquels le tour de jeu est lié au tour de parole. Là encore, l'orthophoniste modélise la manière d'apprendre les règles en commençant par parler à tort et à travers, en s'arrêtant, puis en utilisant le discours intérieur ou *self-talk* pour se rappeler la règle de parole et se féliciter d'avoir eu la patience d'attendre son tour. Le parent observe d'abord, mais commence à participer dès que possible et à prendre le rôle de l'orthophoniste. Les moments où l'enfant attend, ne serait-ce que quelques secondes, sont immédiatement signalés par l'orthophoniste et verbalisés de manière positive.
Le contraire peut également se produire : l'enfant se fait couper la parole lorsque c'est à son tour de parler. L'orthophoniste modélise, verbalise et invite l'enfant, d'abord ensemble puis seul, à redemander son tour.
- En suivant les étapes décrites ci-dessous, l'enfant apprend que parler en bégayant est une manière tout à fait acceptable de s'exprimer.
- L'enfant apprend que « l'erreur est possible » et que personne n'excelle dans tous les domaines. Ces aspects ont été abordés précédemment dans le domaine Émotionnel avec l'intention d'atténuer l'émotion désagréable. Ici, l'accent est mis sur le *concept* cognitif. L'orthophoniste met de nouveau en place des situations d'entraînement progressives, étape par étape.
 1. En utilisant un discours intérieur (*self-talk*) exprimé à voix haute et audible pour l'enfant, l'orthophoniste commence en verbalisant les pensées désagréables de l'enfant.
 2. L'orthophoniste modélise un raisonnement menant à un nouveau concept – là encore, de manière audible, en utilisant le discours intérieur (*self-talk*).
 3. L'orthophoniste propose d'autres situations (créées) dans lesquelles la même technique de raisonnement est pratiquée avec l'enfant.
- L'enfant acquiert des concepts lui permettant de « parler du fait de parler ». Par exemple : lent <-> rapide, facile <-> difficile, etc. Il ou elle les découvre en réalisant des activités rapidement ou lentement, avec effort ou avec aisance, puis en traduisant cette expérience mentale et physique dans le processus de parole et la production de mots. Ensuite, ces concepts sont davantage associés, avec l'enfant, au comportement verbal. L'enfant découvre que parler et bégayer ne doivent pas nécessairement suivre des schémas rigides. De manière ludique, il ou elle apprend qu'il est possible d'exercer un certain contrôle sur sa parole, et de rendre le fait de parler – et même de bégayer – plus facile. Si l'enfant a l'occasion de vivre cela régulièrement – en s'exerçant suffisamment dans un contexte ludique – il ou elle sera plus enclin-e à mobiliser ce nouveau contrôle, de façon consciente ou non, de son propre chef.

L'objectif n'est surtout pas que l'entourage de l'enfant s'attende à ce qu'il ou elle applique ces comportements de parole dans la vie quotidienne. L'idée est plutôt d'attendre et d'observer si, après les avoir expérimentés durant les séances, l'enfant commence spontanément à adopter ces nouveaux comportements de parole plus faciles dans son quotidien.

Adopter en tout temps une attitude d'acceptation à l'égard du bégaiement demeure d'une importance capitale : le bégaiement est autorisé ! Il est essentiel de veiller à ce que l'enfant conserve une attitude positive à l'égard de la communication.

MÉTHODE :

Différents modèles de parole sont pratiqués dans le jeu - par exemple, un peu plus lent, légèrement moins tendu, avec des mouvements articulatoires légèrement plus prononcés. Ces différents comportements de parole sont uniquement pratiqués sous forme de jeu - même à la maison, pendant les périodes de Temps Spéciaux ou avec toute la famille. Dans la vie quotidienne, il n'est donc jamais demandé à l'enfant d'utiliser l'un de ces comportements pour moins bégayer ou pour « cacher » son bégaiement. Le parent peut intervenir à différents moments : soit en pratiquant avec l'enfant dès le début, soit l'orthophoniste enseigne d'abord les modifications à l'enfant pendant que le parent observe, auquel cas l'enfant « enseigne » en quelque sorte les modifications au parent. A la maison, cela peut même être pratiqué sous la forme d'un jeu familial.

- Pratiquer les variations du bégaiement sous forme de jeu et en utilisant le modèle de l'orthophoniste : bégaiement détendu par opposition au bégaiement tendu, répétitions versus prolongations/blocs, répétitions uniques versus répétitions multiples, sons glissés versus répétitions multiples, etc.
- Pratiquer les modifications de la parole sous forme de jeu et en utilisant le modèle de l'orthophoniste : pratiquer des variations de rythme, de volume, de hauteur, de mélodie. Cela implique également que l'orthophoniste insère lui-même ou elle-même des moments de bégaiement, parfois davantage, parfois moins, afin d'éviter de transmettre, même involontairement, le message selon lequel « une parole plus fluide serait une meilleure façon de parler ». Par exemple, des disfluidités/disfluences typiques du bégaiement peuvent être intégrées dans une parole lente, et absentes dans une parole rapide. Différentes combinaisons devraient être proposées.
- Les variations sont choisies en fonction du type de bégaiement produit par l'enfant, afin qu'elles correspondent autant que possible soit à son vécu du bégaiement, soit à une manière plus facile de parler ou de bégayer. Le type de jeu et le type/degré de changement sont adaptés au niveau de développement de l'enfant.

7

Diminution progressive du traitement

INDICATION :

Dès que l'objectif a été atteint, à savoir un équilibre optimal entre les Capacités de l'enfant et les Demandes auxquelles il ou elle est confronté-e dans sa communication, permettant à l'enfant de s'exprimer le plus aisément possible, avec ou sans bégaiement. Ce point fait l'objet d'une discussion entre les parents et l'orthophoniste, et parfois également avec l'enfant. L'atteinte de cet équilibre peut survenir à tout moment au cours de la thérapie (pendant ou après la Phase I ou II).

OBJECTIF DE LA PHASE DE DIMINUTION PROGRESSIVE :

Les parents sont capables de manière autonome de continuer à modifier les comportements de parole enseignés (en maintenant l'équilibre avec l'EFDC). Ils ou elles savent ce qu'il faut faire en cas de rechute, c'est-à-dire si un déséquilibre réapparaît et que l'enfant s'exprime avec moins de facilité, et connaissent les motifs pour recontacter l'orthophoniste.

MÉTHODE :

- On apprend aux parents à estomper très progressivement les comportements de parole modifiés, introduits au cours de la thérapie pour favoriser une communication facile — l'EFDC — si la stabilité du bégaiement (partiellement) disparu de l'enfant le permet. Les parents apprennent également à réintroduire (rigoureusement) ces changements de comportement en cas d'augmentation (rechute) du bégaiement, ou de manière préventive, si les parents s'attendent à ce que cela se produise (par exemple, si un grand changement, comme l'entrée à l'école, est imminent). Au cours de la séance de traitement, un élément induisant une pression, tel que la diminution du temps de réaction, est ajouté brièvement, peut-être pendant deux minutes, afin de désensibiliser l'enfant à un niveau normal de pression dans la communication. Progressivement, la communication se normalise.
- Les parents prendront de plus en plus eux-mêmes des décisions concernant les interventions spécifiques (changements de comportement) et seront en mesure d'agir en conséquence. Les parents apprennent à faire preuve de flexibilité pour réduire et, de manière consciente, normaliser les Demandes.
- L'orthophoniste et les parents élaborent ensemble un plan de prévention des rechutes spécifique à l'enfant. Ce plan contient également les critères de reprise de contact avec l'orthophoniste. En général, ces critères sont les suivants : (1) lorsque les parents sont incertains ou sentent que quelque chose ne va pas ; (2) si une période d'augmentation du bégaiement s'est produite à deux reprises ; et (3) si l'enfant continue de se sentir freiné-e par son bégaiement, malgré les interventions déjà mises en place par les parents.
- La fréquence des rendez-vous thérapeutiques est réduite en concertation avec les parents. Certains parents ont besoin d'un soutien plus important et plus long que d'autres. Toutes les procédures relatives à la manière d'agir en cas de rechute sont consignées dans le journal de bord.

Dans certains cas, la thérapie peut être interrompue prématurément. Cela peut se produire à l'initiative des parents :

- Des circonstances sont survenues faisant en sorte que ce n'est plus le moment approprié pour poursuivre la thérapie.
- Les parents préfèrent une autre méthode
- Les parents n'ont plus besoin d'aide, etc.

L'orthophoniste peut également être à l'origine de l'arrêt anticipé de la thérapie :

- Malgré le soutien apporté par la thérapie, les parents ne peuvent pas ou ne veulent pas mettre en œuvre le traitement requis à la maison ou l'effectuer correctement.
- L'orthophoniste et les parents conviennent de passer à une méthode différente, car, malgré tous les efforts déployés par les deux parties, les progrès sont insuffisants pour diminuer les comportements de bégaiement et/ou pour favoriser la communication facile de l'enfant.

Dans la mesure du possible, il convient de mettre fin à la thérapie de manière neutre, afin d'envisager la possibilité de la poursuivre à un autre moment et/ou en utilisant une autre méthode.

EN CONCLUSION

La méthode RESTART-DCM est une approche thérapeutique conçue pour les enfants d'âge préscolaire qui bégaiement. Toutes les thérapies ne conviennent pas à tout le monde. Le traitement choisi ne doit jamais devenir une fin en soi. La personnalisation reste l'élément le plus important pour donner à l'enfant le meilleur de ce que les thérapeutes ont à offrir.

Bibliographie²

- Conture, E.G. (2001). *Stuttering. Its nature, diagnosis and treatment*. Boston: Allyn & Bacon.
- de Sonnevile-Koedoot, C., 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. doi:10.1371/journal.pone.0133758.
- Dean, E.C., Howell, J., Waters, D. & Reid, J. (1995). Metaphon: A metalinguistic approach to the treatment of phonological disorder in children. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 9:1, 1–19.
- Franken, M.C., Oonk, L.C., Bast, B.J.E.G., Bouwen, J., De Nil, L. (2024). Erasmus clinical model of the onset and development of stuttering 2.0. *Journal of Fluency Disorders*, Jun;80:106040. doi: 10.1016/j.jfludis.2024.106040.
- Hodson, B., Paden, E. (1991). *Targeting intelligible speech: A phonological approach to remediation*. 2. Austin, TX: Pro-Ed/College Hill.
- Koenraads, S., Stipdonk, L., Rietveld, T., M.C. Franken (2025). *Long-term, multiple outcomes of the RESTART randomized trial comparing Restart-DCM treatment and the Lidcombe Program*. Article in preparation.
- Maassen, B., Van Haaften, L., Diepeveen, S., Terband, H., Van den Engel-Hoek, L., Veenker, T., & De Swart, B. (2019). *Computer Articulation Instrument*. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- McKean, C., Pert, S., Stow, C. (2012). *Building Early Sentences Therapy (BEST): A Home Language Intervention Programme for Young Children with Severe Language Difficulties*. Newcastle upon Tyne, UK: Newcastle University.
- Onslow, M., Webber, M., Harrison, E., et al. (2023). *The Lidcombe Program treatment guide*. <https://www.uts.edu.au/sites/default/files/2023-01/Lidcombe%20Program%20Treatment%20Guide%202022%20v1.4.%202023-01-26.pdf>
- Paden, E.P., Ambrose, N.G., Yairi, E. (2002). Phonological progress during the first 2 years of stuttering. *J Speech Lang Hear Res*. Apr; 45(2):256–67.
- Renfrew, C. E. (1997). *Renfrew language scales / Action picture test*. Bicester, Oxon: Speechmark.
- Riley, G.D. (2009). *Stuttering severity instrument*. (4th ed.) Austin, TX: Pro-Ed.
- Riley, J., Riley, G. (1985). *Oral Motor Assessment and Treatment. Improving Syllable Production*. Austin, Texas: Pro-ed.
- Riley, J., Riley, G. Speech Motor Training (1999). In: Onslow M, Packman A, eds. *The handbook of early stuttering intervention*. San Diego: Singular Publishing Group; 1999:139–158.
- Schlichting, L. & Koning, T. de (1998). *TenT. Taalachterstand en Taalverwerving. Een programma voor kinderen met een grammaticale achterstand*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

² Une bibliographie plus complète est fournie lors des formations continues sur le programme Restart-DCM.

Starkweather, C.W. (1987). *Fluency and Stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc.

Starkweather, C.W. & Franken, M.C. (1991). Preventie van stotteren en vroegtijdige interventie bij zeer jonge stotteraars. In: *Preventie en vroege interventie bij spraak-, taal-, en hoorstoornissen*. H.F.M. Peters and C.W. Starkweather (red.), p.93–135. Amsterdam/Lisse: Swets en Zeitlinger.

Starkweather, C.W. & Givens-Ackerman, J. (1997). *Stuttering*. Austin, TX: Pro-ed.

Starkweather, C.W., Ridener Gottwald, S. & Halfond, M.M. (1990). *Stuttering Prevention. A clinical method*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Vanryckeghem, M., Brutten, G.J. (2007). *Communication Attitude Test for Preschool and Kindergarten Children Who Stutter*. (KiddyCAT) San Diego, CA: Plural Publishing.

Yairi, E., Ambrose, N.G. (1999). Early childhood stuttering I: persistency and recovery rates. *J Speech Lang Hear Res.* 1999;42(5):1097–1112.



Annexes

RESTART-DCM Method 2025

ANNEXE 1

Formulaire d'analyse des interactions parent-enfant

Comportements pouvant être abordés en thérapie en italique.

Grille d'observation des comportements des communication		Jeu libre	Puzzle
L L É C	1. Questions du parent à l'enfant a. peu / beaucoup b. ouvertes / fermées c. avec un ton autoritaire ou en laissant peu de temps à l'enfant pour répondre d. suffisamment ajusté au contexte actuel		
	2. Comportements de prise de parole a. nombre équilibré de prises de parole — proportion du nombre de prises de parole parent-enfant b. longueur égale des prises de parole parent-enfant — proportion du nombre d'énoncés par prise de parole parent-enfant c. parler simultanément / interruption — parent interrompt – enfant interrompt d. les temps d'interaction sont trop courts — parent démarre trop rapidement – enfant démarre trop rapidement		
	3. Réactions des parents au bégaiement a. réaction verbale négative au bégaiement de l'enfant b. réaction non verbale négative au bégaiement de l'enfant (les parents détournent le regard, retiennent leur souffle, deviennent rigides, etc.) c. réagir de manière neutre et empathique		
	4. Comportements linguistiques du ou des parents a. introduire un nouveau sujet b. corriger le comportement verbal de l'enfant c. faire des énoncés qui augmentent la pression temporelle d. le contenu est adapté à l'énoncé précédent de l'enfant (lexical) e. la forme est adaptée à l'énoncé précédent de l'enfant (grammatical) f. utiliser la conversation parallèle		
M	5. Débit articulatoire Moyenne calculée sur au moins cinq énoncés : Écrire en entier et mesurer avec un chronomètre Père _____ syl/sec Mère _____ syl/sec Enfant _____ syl/sec Frère/sœur _____ syl/sec		
É É É É C	6. Autres comportements parentaux a. ignorer le comportement indésirable de l'enfant ou lui donner une attention négative b. adopter un ton directif /non directif c. encourager l'enfant d. stimuler l'estime de soi de l'enfant e. maintenir un niveau adéquat de jeu/jouer de manière coopérative		

M = Moteur, L = Linguistique, É = Émotionnel, C = Cognitif

ANNEXE 2

Formulaire de synthèse de l'évaluation

NOM PRÉNOM DE L'ENFANT _____ DATE _____ ORTHOPHONISTE _____

SYNTHÈSE D'APRÈS L'ENTRETIEN D'ANAMNÈSE

Informations personnelles

Nom :

Âge :

Sexe/identité de genre :

Famille :

Profession des parents :

École/niveau :

Antécédents de l'enfant - en général

Développement moteur :

Maladies :

Audition :

Traitement en général :

Plaintes physiques :

Antécédents de l'enfant - spécifiques

Développement du langage et de la parole à l'apparition du bégaiement :

Évolution :

Apparition du bégaiement (âge) :

Cause(s) possible(s) :

Évolution après l'apparition :

Antécédents familiaux :
(*récupération / persistance*)

Sévérité actuelle :
(*échelle de 8 points*)

Patron stable / variable :

Conscience du bégaiement :

Facteurs environnementaux :

Thérapie du langage réalisée antérieurement (pour le bégaiement ou d'autres problèmes de langage et de parole) :

Autres informations significatives :

ANNEXE 2

NOM PRÉNOM DE L'ENFANT _____ DATE _____ ORTHOPHONISTE _____

RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

Bégaïement

Description du bégaïement types de moments de bégaïement :

SSI : Score _____ =
très léger / léger / modéré / sévère / très sévère

Impact du bégaïement: Enfant:
Aucun / très léger / léger / modéré / sévère / très sévère
Parent(s):
Aucun / très léger / léger / modéré / sévère / très sévère

DONNÉES D'ÉVALUATION DES CAPACITÉS

Résultats des tests, questionnaires, observations standardisées, etc.

Domaine Moteur	Domaine Linguistique	Domaine Émotionnel	Domaine Cognitif
Score OMAS (Pataka): _____ Vitesse articulatoire: Enfant: _____ syll/sec Autres informations:	Résultats des tests standardisés: • Compréhension syntaxique _____ • Compréhension lexicale _____ • Expression syntaxique _____ • Stock lexical _____ • Phonologie _____ Profil langagier Équilibré/ En déséquilibre: Autres informations:		

DONNÉES DE L'ÉVALUATION DES DEMANDES

Analyse de l'interaction parent-enfant ("comportement pouvant être abordé en thérapie"), entretien avec les parents, entretien avec l'enfant, questionnaires, etc.

Domaine Moteur	Domaine Linguistique	Domaine Émotionnel	Domaine Cognitif
Vitesse articulatoire: • Mère ou parent 1: _____ syll/sec • Père ou parent 2: _____ syll/sec • Frère/Soeur: _____ syll/sec Autres informations:			

ANNEXE 2

NOM PRÉNOM DE L'ENFANT _____ DATE _____ ORTHOPHONISTE _____

PLAN DE TRAITEMENT

Objectifs du traitement

PHASE 1
DEMANDES EXTERNES
Domaines MLEC:

M

L

É

C

PHASE 2
CAPACITÉS
Domaines MLEC:

M

L

É

C

Matériel:

Méthode:

ANNEXE 3

Commencer la THÉRAPIE RESTART-DCM : Informations pour les parents

La thérapie RESTART-DCM est une approche de traitement pour les jeunes enfants qui bégaiement. Elle est basée sur le Modèle des Demandes et Capacités (MDC), développé aux États-Unis. Ce modèle est expliqué ci-dessous. RESTART est le nom du projet de recherche mené sur ce traitement, grâce auquel nous avons acquis une compréhension précise de son fonctionnement.

Ce dossier d'information propose un bref résumé de trois questions auxquelles chaque parent souhaite obtenir une réponse : Pourquoi mon enfant bégaiement-il ou bégaiement-elle ? Que puis-je faire en tant que parent pour aider mon enfant ? À quoi puis-je m'attendre lors du traitement ?

Pourquoi le bégaiement apparaît-il chez certains enfants ?

Les scientifiques en savent beaucoup sur le bégaiement, mais ils et elles ne peuvent pas encore expliquer exactement ce qui le cause. La plupart pensent maintenant que le bégaiement est dû à un problème dans la manière dont le cerveau contrôle les muscles de la parole. Environ 8 % des enfants âgés de 2 à 5 ans développeront un bégaiement. Cela se produit souvent parce que cette période correspond à celle où les enfants apprennent de nombreux nouveaux mots et commencent à faire des phrases plus longues. Ils et elles ont beaucoup de choses à dire, mais parfois leur parole ne parvient pas à suivre. Cela peut les amener à bégayer.

Le Modèle des Demandes et Capacités

Le Modèle des Demandes et Capacités se concentre sur deux éléments : les Capacités de l'enfant à parler sans trop d'effort et les Demandes liées à la parole.

- **Capacités** : Ce sont les compétences dont un enfant a besoin pour parler avec aisance. Par exemple, sa capacité à bien articuler (bouger correctement sa bouche lorsqu'il ou elle parle) ou à choisir les mots justes. À mesure que l'enfant grandit, ces compétences se renforcent.
- **Demandes** : Ce sont les éléments qui peuvent être difficiles pour un enfant lorsqu'il ou elle parle. Parfois, les enfants veulent dire beaucoup de choses en même temps ou utiliser des phrases complexes, ce qui peut être trop difficile pour leur parole à ce moment-là. Les adultes parlent plus rapidement que les jeunes enfants et parfois avec moins de pauses

entre les tours de parole. Ce sont des facteurs qui augmentent la probabilité de bégayer.

Si les capacités de l'enfant ne se développent pas assez rapidement, l'enfant peut essayer de dire quelque chose qu'il ou elle n'est pas encore totalement capable de faire. Dans ce cas, l'équilibre entre ce que l'enfant est capable de faire et les exigences auxquelles il ou elle est confronté-e est perturbé, et le bégaiement survient.

Que peuvent faire les parents ?

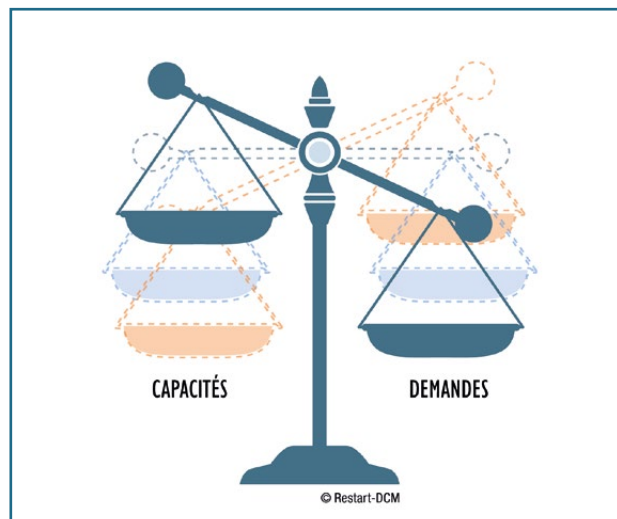
Les parents veulent toujours ce qu'il y a de mieux pour leur enfant, et cela est certainement le cas lorsqu'ils et elles constatent que leur enfant bégaiement. Dans la thérapie RESTART-DCM, l'orthophoniste aide les parents à atteindre un bon équilibre entre ce que leur enfant peut faire et ce qui est exigé de lui ou d'elle.

Les parents ne sont pas responsables du bégaiement de leur enfant. Ils et elles peuvent en fait contribuer à rendre la parole plus facile. L'orthophoniste enseignera, par exemple, aux parents à parler plus calmement à leur enfant, en utilisant davantage de pauses, et à l'aider à gérer ses émotions. Cela permet à l'enfant de communiquer plus facilement.

Plus tard, au cours de la thérapie, l'orthophoniste et l'enfant pratiquent ensemble des exercices de parole et de vocabulaire visant à renforcer les capacités de l'enfant. Les parents pratiquent également ces exercices à la maison avec leur enfant. La manière dont les parents interagissent avec leur enfant est très importante pour la réussite du traitement.

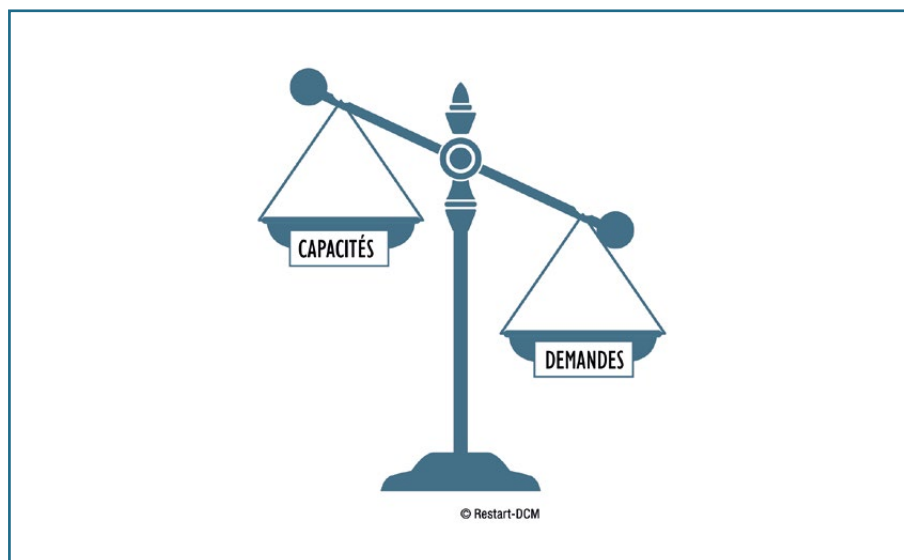
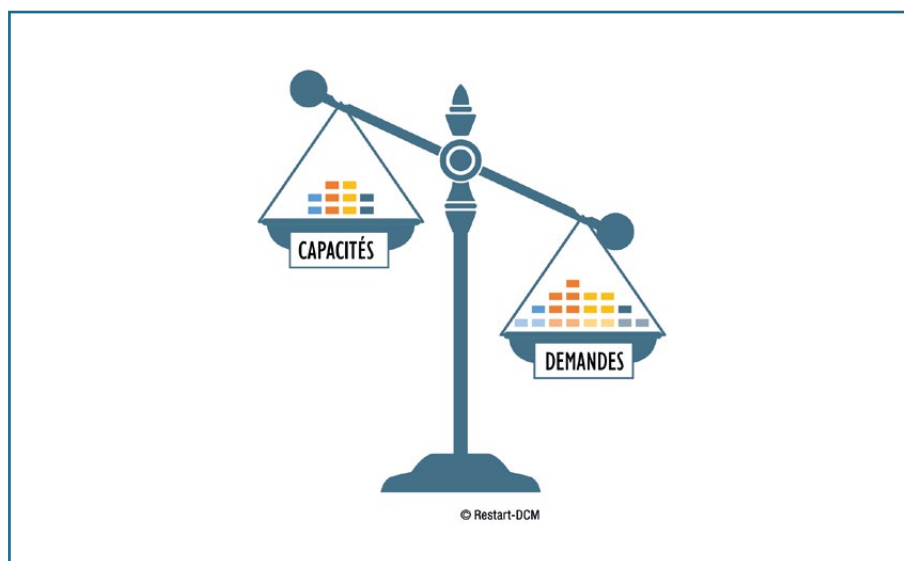
À quoi pouvez-vous vous attendre du traitement ?

Les chances que le traitement aide sont bonnes. L'objectif est que l'enfant apprenne à parler plus facilement. Chez la plupart des enfants, le bégaiement disparaît au bout d'un certain temps. Un quart des enfants continuent à bégayer un peu, mais cela ne pose presque jamais de problème. La thérapie aide les enfants et les parents à gérer le bégaiement de manière positive, afin que l'enfant ne développe pas une image de lui-même ou elle-même négative, ni ne se sente honteux·se. Même si un peu de bégaiement persiste, les enfants peuvent communiquer efficacement sans que cela n'interfère avec leur vie quotidienne.



ANNEXE 4

L'image de la balance RESTART-DCM



ANNEXE 5

Communiquer avec des Demandes Émotionnelles réduites : deux étapes

Marie-Christine Franken et Caroline de Sonnevile-Koedoot¹

Étape 1 : Exprimer une affirmation envers un enfant

Ce document est divisé en deux parties. La première partie (étape 1) explique comment nous, en tant que parents, pouvons démontrer clairement au jeune enfant qu'il ou elle est explicitement vu·e et entendu·e, ou, en d'autres termes : comment nous pouvons exprimer une affirmation envers un enfant. La deuxième partie (étape 2) explore la démarche suivante. Son objectif est de stimuler le développement positif de l'enfant.

L'INITIATIVE DE L'ENFANT

Tout ce qu'un enfant dit, fait, ressent, veut ou pense, ce qu'il ou elle imagine lui-même ou elle-même est appelé une initiative. Un enfant peut prendre des initiatives de différentes manières : en émettant un son (comme un bébé qui pleure parce qu'il a faim), en pointant quelque chose (par exemple, un tout-petit qui ne peut pas encore utiliser de mots pour exprimer clairement son intention), en faisant une expression faciale (par exemple, en ayant l'air surpris ou effrayé). Il est important que le parent montre à l'enfant qu'il ou elle voit ses initiatives. En remarquant (c'est-à-dire « en reconnaissant ») les initiatives de l'enfant, il ou elle se sent vu·e et entendu·e. C'est important : cela donne à l'enfant un sentiment d'appartenance et envoie le message qu'il ou elle a de la valeur. Un sentiment d'appartenance (également appelé « le droit d'exister ») constitue une base pour le développement du concept de soi, de la confiance en soi de l'enfant et pour former un attachement sécurisé.

TROIS FAÇONS D'EXPRIMER UNE AFFIRMATION ENVERS UN ENFANT

1. Affirmation sans mots

Lorsqu'un enfant prend une initiative, le parent peut réagir de différentes manières : en établissant un contact visuel, en affichant une expression faciale amicale, en se penchant vers l'enfant, en faisant un clin d'œil, en disant « uhhum » (pour les petits enfants) ou « ahah » (pour les enfants légèrement plus âgés). À travers toutes ces réponses, le parent montre à l'enfant que son initiative a été remarquée et reconnue.

2. Affirmation avec des mots

Pour les jeunes enfants : reformulez ce que l'enfant dit en conservant le plus fidèlement possible son intention, tout en utilisant une phrase grammaticalement correcte. Par exemple, si l'enfant dit : « Bus aller grand-mè », le parent peut répondre : « Nous allons chez grand-mère en autobus. »

Pour les enfants plus âgés : en utilisant des mots légèrement différents, répétez ou résumez ce que l'enfant a dit. Par exemple : l'enfant dit, « Je dois faire une présentation ». Le parent répond : « C'est à ton tour de faire une présentation » (répétition). Ou l'enfant dit : « D'abord, nous avons joué au football, puis nous avons joué avec des Lego, et nous avons aussi regardé la télé. » Le parent répond : « Tu as fait beaucoup de choses différentes » (résumé).

¹ Ce document a été ajouté en annexe de la première version du Manuel Restart DCM (2007) et légèrement modifié pour la 2e édition (2021).

N.B. Les parents ont souvent une tendance naturelle à reformuler les choses sous forme de question. Cependant, une affirmation ne devrait pas être une question, mais une déclaration, c'est-à-dire conclue par un point final, et prononcée d'un ton amical. Reformuler ou résumer sous forme de question peut donner à l'enfant l'idée que ce qu'il ou elle a dit est remis en question, ce qui aurait l'effet inverse. Exemple : Un enfant dit : « Je l'ai fait ». Le parent répond : « Tu l'as fait, bravo », au lieu de « Tu l'as fait ? »

3. Conversation parallèle

La conversation parallèle sert à exprimer verbalement, de manière soutenante ou approuvante, les actions, pensées, désirs ou émotions de l'enfant à l'instant présent.

En train de faire : « Tu dessines avec un crayon vert. »

En train de penser : « Tu penses : j'espère que maman pensera que c'est bien. »

En train de vouloir : « Tu ne veux pas aller au lit tout de suite. »

En train de ressentir : « Tu crains que la fête soit annulée. » / « Tu es déçu-e que grand-mère ne vienne pas. » / « Tu es contrarié-e que nous n'allions pas au zoo finalement. »

La conversation parallèle verbalise ce qui se passe réellement à l'instant présent. Parler de ce qui se passe à l'instant rend la situation claire, compréhensible et prévisible. L'enfant sait à quoi s'attendre, ce qui lui donne un sentiment de sécurité.

Exemple : « Tu as pris le bloc bleu » (au lieu de « Tu joues »). Ou : « Tu étais déçu-e de ne pas avoir été invité-e » (au lieu de : « Tu étais vraiment en colère hier »). Comme une approbation, la conversation parallèle se fait d'un ton amical sous forme de déclaration, et non de question. Lorsque le parent met des mots sur les sentiments ou les pensées de l'enfant, il entre dans son univers émotionnel. Il arrive parfois que son interprétation soit inexacte — ce n'est pas grave. Grâce à cette parole parallèle du parent, l'enfant se sent libre de « corriger » ce que l'adulte a compris. Ce qui importe, c'est la qualité de l'ajustement de l'adulte à l'enfant. Par exemple, si l'enfant ne commence pas immédiatement à manger, le parent peut dire : « Tu n'as pas encore faim ». L'enfant répond : « J'ai faim, mais je n'ai pas envie d'épinards. »

La conversation parallèle doit rester neutre, sans jugement de valeur. Cela signifie que les comportements négatifs sont décrits factuellement, sans utiliser un langage évaluatif. Par exemple, au lieu de dire « Tu es agaçant-e », on dira plutôt : « Tu tapes contre ma chaise ». La conversation parallèle ne contient ni compliments ni opinions. On évitera donc : « C'est un beau dessin que tu fais », pour dire simplement : « Tu dessines ». Elle commence toujours par « tu », car elle concerne l'enfant, et non l'adulte.

La conversation parallèle, tout comme les affirmations descriptives, contribue non seulement à renforcer la confiance en soi de l'enfant, mais aussi à soutenir son développement langagier.

POURQUOI L'AFFIRMATION ENVERS L'ENFANT EST-ELLE SI IMPORTANTE ?

En exprimant une affirmation envers l'enfant, vous transmettez le « message » que vous portez de l'intérêt à son égard. L'enfant se sent valorisé-e, éprouve un sentiment de sécurité, et cela contribue également au développement de sa confiance en lui-même ou elle-même.

En utilisant la conversation parallèle, le parent offre en quelque sorte un miroir non critique à l'enfant. Ainsi, l'enfant ne se sent pas seulement vu·e, mais prend aussi conscience de ses actions à ce moment précis. La pratique de la conversation parallèle peut diminuer ou anticiper les comportements impulsifs ou agités chez l'enfant. De ce fait, l'enfant développe une perception plus approfondie de lui-même ou elle-même, ce qui favorise l'émergence d'une conscience de soi plus affirmée et d'une identité distincte. En conséquence, à mesure que l'enfant grandit, sa capacité à demeurer authentique au sein d'un groupe se développe.

SITUATIONS DE CONFLIT

L'expérience a montré que faire des remarques explicites sur l'initiative de l'enfant — en répétant ou en résumant ce qu'il dit — est particulièrement efficace dans les situations de conflit (imminent).

Lorsque des émotions comme l'impatience, la déception, la fatigue, l'irritation ou la colère sont en jeu, les parents oublient souvent de reformuler les propos de leur enfant. Il est compréhensible que leur réaction soit alors plus impulsive, incluant souvent une correction ou un rejet. L'enfant s'ajuste, se conforme à ce qui est attendu... ou le conflit s'intensifie.

Lorsque les parents parviennent malgré tout à répéter ou résumer ce que l'enfant exprime, même dans un moment tendu, le conflit peut être désamorcé, voire évité complètement.

L'idée fondamentale est qu'un enfant qui se sent entendu et compris sera plus enclin, et mieux disposé, à répondre aux demandes de ses parents.

PROPOSER UNE AFFIRMATION, ET ENSUITE ?

Répéter, résumer ou décrire ce que dit un enfant ne signifie pas nécessairement être d'accord avec lui ou elle, ou accéder à ses désirs. Après avoir reformulé les propos de l'enfant ou décrit son comportement, une « deuxième étape » s'ensuit souvent : une action ou une question de la part du parent. Cette étape peut viser à rétablir calmement la routine habituelle ou à encourager le développement positif de l'enfant.

Exemple : un enfant n'a pas envie de ranger ni de venir à table. Un parent pourrait réagir spontanément en disant : « Range tes jouets, on va manger. » L'enfant traîne et répond : « J'ai pas faim », sans obéir. Une approche qui favorise le sentiment d'être entendu et compris — et qui augmente donc la probabilité que l'enfant suive la demande du parent — pourrait être la suivante :

« Tu n'as pas envie de manger tout de suite » (répétition).

« Tu préfères continuer à jouer ; tu t'amuses bien, n'est-ce pas ? » (conversation parallèle).

« Mais il est presque l'heure de manger » (constat).

« Tiens, je vais t'aider à ranger » (proposition).

Ou encore : « Déplace tes affaires là-bas, et après avoir mangé, tu pourras reprendre ton jeu » (motivation positive).

Cette deuxième étape, qui suit l'affirmation adressée à l'enfant, est décrite plus en détail dans la section qui suit.

Communiquer avec des Demandes Émotionnelles réduites : deux étapes

Marie-Christine Franken et Caroline de Sonnevile-Koedoot

Étape 2

La première partie a exploré comment les parents peuvent formuler une affirmation à l'intention de l'enfant. Cette deuxième partie porte sur l'étape qui suit fréquemment cette affirmation.

DONNER UNE AFFIRMATION... ET ENSUITE ?

Dans tous les cas, il est essentiel de commencer par une affirmation. Ensuite, une deuxième étape peut suivre, qui prend généralement l'une des deux formes suivantes : **A** ou **B**.

A. Encourager l'enfant

Lorsqu'un comportement indésirable survient chez l'enfant, on commence par une conversation parallèle neutre, par exemple : « Tu as pris un autre biscuit. »

L'objectif de cette deuxième étape — de nature **motivationnelle** — est de rétablir la routine habituelle dans le calme, afin de **réduire la pression** et **favoriser une parole plus facile**. Il s'agit de motiver l'enfant en employant un langage **positif** pour l'encourager à coopérer, par exemple : « Remets-le vite à sa place. »

La motivation positive consiste à dire ce que l'on **attend** de l'enfant plutôt que ce qu'on **refuse**. Elle aide aussi à reconnaître les **intentions positives** derrière un comportement. Dans la mesure du possible, donnez à votre enfant le bénéfice du doute.

Par exemple :

« Tu avais très envie d'un autre biscuit. C'est pour ça que tu en as pris un. »

Autre exemple :

Si l'enfant rapporte sans cesse ce que fait son petit frère, le parent pourrait dire :

« Tu veux bien t'occuper de ton frère » (décrire l'intention),

« C'est bon, je le surveille. Tu peux aller jouer avec ton casse-tête / essayer de trouver toutes les pièces bleues » (motivation positive),

plutôt que :

« Arrête de rapporter ce que fait ton petit frère. »

Avec ce type de formulation, le parent offre **clarté, direction, structure et limites**. Cela renforce chez l'enfant un **sentiment de sécurité**, puisqu'il ou elle comprend ce qui est attendu.

B. Approfondissement

Par approfondissement, on entend que le parent exprime son avis, fait une proposition, conclut un accord ou pose une question. L'objectif de cette deuxième étape est de **soutenir le développement** de l'enfant.

Il est important de veiller à ce que cette étape ne se transforme pas en **interrogatoire** : l'essentiel est de maintenir un **contact chaleureux et ouvert** avec l'enfant. Voici quelques exemples de la manière dont une conversation parallèle (étape 1) peut être poursuivie dans une deuxième étape :

Parent : « Tu veux prendre ta douche d'abord, et ensuite regarder un peu la télé. »
(*conversation parallèle*)

« Je pense que c'est une bonne idée. » (*opinion*)

Parent : « Tu as faim. » (*conversation parallèle*)

« Et si on faisait des crêpes aujourd'hui ? » (*proposition*)

Parent : « Tu as envie d'un bonbon. » (*conversation parallèle*)

« Quand on prendra le café, tu pourras avoir une friandise. » (*accord*)

Parent : « Tu es en colère. » (*conversation parallèle*)

« Peux-tu me dire pourquoi tu es si fâché(e) ? » (*question*)

POURQUOI L'APPROFONDISSEMENT EN TANT QUE DEUXIÈME ÉTAPE EST-IL IMPORTANT ?

À mesure qu'il ou elle grandit, l'enfant doit se développer dans plusieurs sphères : apprendre à s'exprimer verbalement, participer à des activités adaptées à son âge, et acquérir la capacité de créer et de maintenir des relations. Autrement dit, il ou elle doit relever plusieurs **tâches développementales**, principalement au travers de ses interactions avec ses parents.

Si ces derniers se contentaient uniquement de valider ce que l'enfant dit ou fait, sans aller plus loin, certains aspects de son développement pourraient en être freinés.

En exprimant des opinions, en proposant des idées, en établissant des accords ou en posant des questions, les parents permettent à leur enfant :

- de mieux comprendre les émotions et les intentions des autres,
- de développer sa capacité à voir les choses sous différents angles,
- de reconnaître que les autres aussi ont des besoins.

Ces apprentissages sont essentiels pour favoriser la **compétence sociale et émotionnelle** de l'enfant.

Reference

Dekker, J., Hoogland, M., Eliëns, M. & Van der Giessen, J. (2004). *Video-interactiebegeleiding*. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.

À propos des autrices

Marie-Christine Franken, PhD, est linguiste clinicienne (Université de Nimègue, 1985), orthophoniste (Hogeschool Nimègue, 1989), experte en bégaiement (NVST 1991, CESS 2016) et professeure associée (Erasmus MC Rotterdam, 2024). Elle est membre de l'Association néerlandaise pour la thérapie du bégaiement (NVST) et thérapeute en bégaiement certifiée CESS. Sa thèse de doctorat (Université de Nimègue, 1997) portait sur l'évaluation de la thérapie de bégaiement. Ses recherches actuelles se concentrent sur les résultats des thérapies du bégaiement chez les jeunes enfants ainsi que sur les facteurs causaux et de risque du bégaiement. Depuis 2015, elle forme des orthophonistes à la méthode RESTART-DCM, tant au niveau national qu'international.

Ellen Laroës, Ba, est une orthophoniste (Zuyd Hogeschool, Heerlen 1985) et experte en bégaiement (LCH 1986, NVST 1987, CESS 2016). Ellen est co-propriétaire d'un cabinet d'orthophonie spécialisé dans le bégaiement. Elle est membre de l'Association néerlandaise pour la thérapie du bégaiement (NVST) et thérapeute en bégaiement certifiée par la CESS. Pendant de nombreuses années, elle a enseigné les troubles de la fluidité à l'Université des sciences appliquées de Zuyd et elle a été une des thérapeutes participantes à l'essai RESTART. Depuis 2015, elle forme des orthophonistes à la méthode RESTART-DCM au niveau national et international.

Joeri van Ormondt, MSc, est orthophoniste (Hanzehogeschool Groningen, 2016) et thérapeute spécialisé en bégaiement (ESS, 2017). Il est membre du conseil d'administration de CESS et thérapeute en bégaiement certifié par la CESS. Joeri est propriétaire d'un cabinet privé spécialisé dans le bégaiement. Il est membre de l'Association néerlandaise pour la thérapie du bégaiement (NVST), enseignant et coach pour l'ESS, et depuis 2023, formateur RESTART-DCM pour les orthophonistes. Il est lui-même une personne qui bégaye et un membre actif – et fier – de la communauté.

Femke de Smit, MSc, est diplômée en orthophonie (Hanzehogeschool Groningen, 2008), puis s'est spécialisée en tant que thérapeute experte en bégaiement (ESS, 2011). Femke est co-propriétaire d'un cabinet d'orthophonie et dirige l'équipe de thérapeutes spécialisés en bégaiement. Elle est membre de l'Association néerlandaise pour la thérapie du bégaiement (NVST) et forme des orthophonistes à l'utilisation de la méthode RESTART-DCM depuis 2021.

Lottie Stipdonk, PhD, est linguiste clinicienne (Université d'Utrecht, 2011) et orthophoniste (Hogeschool Utrecht, 2012), ainsi qu'experte en bégaiement (ESS, 2025). Lottie travaille à l'Erasmus MC où elle combine son activité clinique (le diagnostic et le traitement des enfants qui bégayent) avec ses recherches sur le bégaiement. Après avoir soutenu une thèse de doctorat sur le développement du langage chez les grands prématurés, ses recherches sont désormais entièrement centrées sur le bégaiement. En 2025, elle commencera à former des orthophonistes à la méthode RESTART-DCM.