



HAL
open science

Évolution de l'estime de soi chez les enfants qui bégaiement, d'âge scolaire, dans le cadre d'une prise en charge orthophonique

Margot Chantrel

► **To cite this version:**

Margot Chantrel. Évolution de l'estime de soi chez les enfants qui bégaiement, d'âge scolaire, dans le cadre d'une prise en charge orthophonique. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02175400

HAL Id: dumas-02175400

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02175400v1>

Submitted on 5 Jul 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

MÉMOIRE DE RECHERCHE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE
ET DU GRADE DE MASTER 2 D'ORTHOPHONIE

Présenté et soutenu le ... juin 2019

par CHANTREL MARGOT

Né(e) le 22/07/1993

**EVOLUTION DE L'ESTIME DE SOI CHEZ LES
ENFANTS QUI BEGAIENT, D'AGE SCOLAIRE,
DANS LE CADRE D'UNE PRISE EN CHARGE
ORTHOPHONIQUE.**

Directeur de Mémoire : Mme AGULLO Lucie

Nice

2019

REMERCIEMENTS

Je remercie Lucie Agullo, qui m'a transmis sa passion pour la prise en charge du bégaiement dès ma troisième année. Merci de m'avoir suivie et soutenue dans ce projet avec toute cette bienveillance et de m'avoir tant appris.

Je remercie également les patients du cabinet de Mme Agullo d'avoir accepté de participer à l'étude et d'avoir répondu avec intérêt à mes questionnaires.

Merci à ma famille pour son soutien durant ces cinq années et surtout lors de cette dernière année intense. Merci pour vos précieux conseils, relectures et moments de partage qui m'ont permis de tenir. Je souhaite porter une attention particulière à mes sœurs qui font de moi ce que je suis aujourd'hui. Chacune de vous m'apporte les armes nécessaires pour réussir et me sentir épanouie.

Un grand merci à mes amis parisiens qui ont toujours cru en moi et qui ont été présents malgré la distance. Vous m'avez été d'une grande aide tout au long de ces années et je vous en suis éternellement reconnaissante.

Camille, pour tes mots de motivation toujours bien placés et notre complicité sans faille,
Antoine, mon sauveur des statistiques, grâce à toi mon travail voit le jour.

Je dédie ce mémoire à mes copines niçoises : mes découvertes et mes coups de cœurs, et sans qui les années n'auraient pas eu la même couleur

Héloïse, mon indispensable binôme dès les premiers jours, pour ton soutien, ton amour, nos moments et rires partagés,

Faustine, à nos galères et nos fous rires, pour ta présence, pour les apéros et les bons souvenirs gravés à jamais,

Camille, mon aventurière que j'ai découverte d'année en année, pour tes jolis mots, ta générosité, ta force et les innombrables goûters à toutes occasions,

Emmanuelle, Mélina, Djenat, Elodie, pour vos sourires quotidiens, nos moments gourmands, vos personnalités si différentes mais tellement complémentaires pour moi,

Merci à toutes, avec tout mon amour.

Ceci signe le début d'une belle aventure à vos côtés à tous, à très vite.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
PARTIE THEORIQUE.....	4
CHAPITRE 1 :.....	5
LE BEGAIEMENT.....	5
1 Clinique et théorie du bégaiement de l'enfant	5
1.1 Définitions.....	5
1.1.1 Généralités	5
1.1.2 Développement et manifestations chez l'enfant d'âge scolaire	6
1.1.3 Conduites d'évitement de l'enfant qui bégaie	6
1.2 Bégaiement et répercussions sociales et émotionnelles	7
1.2.1 Bégaiement et stigmatisme social.....	7
1.2.2 Conséquences émotionnelles	8
CHAPITRE 2.....	10
L'ESTIME DE SOI.....	10
2 L'estime de soi et son développement	10
2.1 Définition et évolution chez l'enfant.....	10
2.1.1 Généralités et définitions des termes	10
2.1.2 Construction de l'estime de soi.....	10
2.2 Les facteurs d'influence d'une estime de soi élevée ou faible	11
2.2.1 Facteurs sociaux et scolaires	11
2.2.2 Facteurs personnels et familiaux.....	12
CHAPITRE 3:.....	14
BEGAIEMENT ET ORTHOPHONIE	14
3 La prise en charge orthophonique de l'enfant qui bégaie	14
3.1 Les outils orthophoniques	14
3.2 La relaxation.....	16

3.3	La prise en charge du bagage émotionnel	17
PARTIE PRATIQUE.....		19
1	Problématique et objectifs.....	20
2	Matériels et méthodes	21
2.1	Sujets	21
2.1.1	Choix de la population	21
2.1.2	Critères d'inclusion et d'exclusion	21
2.2	Matériel	21
2.3	Méthode.....	23
3	Stratégie d'analyse des données.....	24
4	Résultats.....	25
4.1	Evolution de l'estime de soi entre T1 et T2	25
4.2	Facteurs d'influence de l'estime de soi	29
4.2.1	Analyse des facteurs orthophoniques.....	29
4.2.2	Analyse des facteurs personnels ou familiaux	30
4.3	Analyse qualitative	31
4.3.1	Analyse des enregistrements	31
4.3.2	Le ressenti du bégaiement.....	31
DISCUSSION, CONCLUSION ET PERSPECTIVES		32
BIBLIOGRAPHIE		39
ANNEXES		48

INTRODUCTION

Le bégaiement est un trouble de la fluence, de la communication et de la présentation sociale. Les personnes qui bégaiement ont une parole atypique qui perturbe les échanges verbaux et sociaux au quotidien. Ce trouble entraîne une appréhension à prendre la parole par peur que le trouble entrave le message. Les personnes qui bégaiement mettent alors en place des techniques compensatoires. Cependant ces attitudes ne sont pas bénéfiques et les enfants qui bégaiement peuvent se construire une mauvaise perception d'eux-mêmes. Les affects négatifs sont fréquents chez ces enfants et ils font partie intégrante du trouble. Il est donc important de considérer les aspects du langage mais également les aspects psycho-émotionnels des patients.

La question du bien-être pour les enfants qui bégaiement est primordiale dans la thérapie orthophonique. L'estime de soi se développe dès l'âge scolaire et différents facteurs liés au bégaiement pourraient l'altérer. L'estime de soi correspond à la valeur que se donne un individu d'après ses expériences de vie. Dans la littérature le bégaiement est souvent mis en corrélation avec l'anxiété sociale. Peu de recherches s'intéressent à l'estime de soi, qui, pourtant, est un concept important dans ce type de pathologie mêlant trouble langagier et trouble émotionnel.

L'enfant qui bégaiement bénéficie d'une rééducation orthophonique qui lui apporte des outils pour gérer son bégaiement mais qu'en est-il du bagage émotionnel associé au trouble? Nous avons choisi de mener une recherche sur l'évolution de l'estime de soi grâce à une prise en charge orthophonique. En effet, nous pensons que le fait de travailler sur la parole et sa fluidité aiderait les enfants à se sentir mieux et ainsi à se valoriser au quotidien. Nous étudierons, pour nos objectifs secondaires, les autres facteurs d'influence de l'estime de soi inhérents au sujet et à son environnement.

Nous décrirons le bégaiement développemental et notamment ses conséquences émotionnelles sur l'enfant. Ensuite nous nous intéresserons à l'estime de soi et à ses facteurs d'influence qui agissent de manière négative sur le bégaiement, par un effet de cercle vicieux. Nous évoquerons enfin les prises en charge existantes et l'intérêt d'intervenir dans différents domaines lors de la rééducation orthophonique. A la lumière de cette revue de littérature nous avons mené une étude comparative sur un même groupe de sujet à un an d'intervalle. Pour cela, nous avons utilisé l'Inventaire d'Estime de soi de Coopersmith. Nous analyserons les changements de l'estime de soi de chaque patient en post-thérapie grâce à ce questionnaire et à des données recueillies cliniquement, telles que des données personnelles, sur l'environnement familial et scolaire ainsi que sur le ressenti du bégaiement par les patients.

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE 1 :

LE BEGAIEMENT

1 Clinique et théorie du bégaiement de l'enfant

1.1 Définitions

1.1.1 Généralités

Le bégaiement est un trouble neurodéveloppemental qui affecte la production de la parole et qui engendre des difficultés de fluence et de communication (Monfrais-Pfauwadel, 2014; Smith & Weber, 2016). Ce trouble apparaît fréquemment entre 24 et 35 mois (Yairi & Ambrose, 2013). Il concerne 5 à 8 % des jeunes enfants, pour 80% d'entre eux le bégaiement sera transitoire. Le sexe ratio est de 3/1 (H/F) à l'âge scolaire (Bloodstein & Ratner, 2008; Smith & Weber, 2017).

Le bégaiement développemental émerge dans un contexte étiologique multifactoriel :

- des prédispositions génétiques (Bloodstein & Ratner, 2008; Guitar, 2014).
- des éléments linguistiques (comme l'explosion lexicale à cet âge), sociaux ou émotionnels (Guitar, 2014; Yairi & Ambrose, 2013).
- des étiologies neurologiques sont en cours de recherche (Kell et al., 2009; Kemerdere et al., 2016; Nil et al., 2008).

Dans le discours, la parole est qualifiée de parole bégayée lorsqu'au moins 10% des mots du discours sont répertoriés comme des disfluences atypiques (Monfrais-Pfauwadel, 2014; Smith & Weber, 2017).

Des manifestations linguistiques, corporelles, comportementales et émotionnelles constituent le bégaiement (Monfrais-Pfauwadel, 2014; Piérart - Bernadette, 2011). Les bégayages sont des disfluences pathologiques, fréquentes et involontaires, dans le discours, comme des blocages, des répétitions ou des prolongations (Boucand & Mondoloni, 2009; Smith & Weber, 2017; Yairi & Ambrose, 2013). Les bégayages apparaissent en situation de communication (Association parole bégaiement & Vincent, 2009), chaque acte de communication étant différent les manifestations peuvent varier (Alm, 2014; Bloodstein & Ratner, 2008). La pragmatique du discours de la personne qui bégaie (PQB) est altérée et la production orale ne reflète pas toujours ce que la personne veut dire (Boucand & Mondoloni, 2009).

Le bégaiement est donc un trouble fluctuant avec différentes manifestations et évolutions inter et intra individuelles.

1.1.2 Développement et manifestations chez l'enfant d'âge scolaire

En ce qui concerne les enfants d'âge scolaire, soit de 6 à 13 ans, les chercheurs qualifient leur bégaiement de « bégaiement intermédiaire » (Guitar, 2014; Monfrais-Pfauwadel, 2014)

A cette période le trouble se cristallise chez l'enfant car il en prend conscience. Des comportements secondaires aux bégayages se mettent alors en place (Boucand & Mondoloni, 2009). L'enfant essaye d'anticiper sa parole ce qui engendre davantage de bégayages. Il entre dans un cercle vicieux (Annexe 1) où les bégayages font apparaître des comportements associés qui augmentent les bégayages (Guitar, 2014; Monfrais-Pfauwadel, 2014).

Chez l'enfant d'âge scolaire les blocages sont fréquents et intenses, avec des coupures respiratoires et de fortes tensions musculaires. Le fait de parler demande un effort anormal (Boucand & Mondoloni, 2009; Smith & Weber, 2017). De plus pour faciliter la prise de parole, l'enfant peut commencer à utiliser des mots d'appui pour éviter l'élément bégogène (Guitar, 2014). Le discours est entrecoupé de pauses, le rythme n'est plus naturel et le regard devient fuyant (Smith & Weber, 2017). Ces accidents de parole peuvent entraîner un déficit de compréhension de la part l'interlocuteur (Boucand & Mondoloni, 2009). Cela impacte l'acte de communication.

Associées aux manifestations de parole, des souffrances physiques apparaissent. L'enfant qui bégaie a des tensions et des mouvements musculaires excessifs de la face, du cou, de la tête, conséquences des bégayages (Bloodstein & Ratner, 2008; Guitar, 2014; Piérart - Bernadette, 2011). Au fur et à mesure, ces attitudes parasites s'étendent au corps entier et seront présentes à chaque prise de parole (Bloodstein & Ratner, 2008; Guitar, 2014). L'enfant qui bégaie se sert de ces mouvements corporels comme soutien à la parole. Or les contractions musculaires sont involontaires et plus l'enfant se contracte, plus les tensions seront fortes (Bloodstein & Ratner, 2008; Guitar, 2014). Si les tensions physiques sont provoquées par le bégaiement, ces dernières accentuent également le bégaiement lui-même, en allongeant le temps et la fréquence des répétitions ou blocages (Bloodstein & Ratner, 2008).

1.1.3 Conduites d'évitement de l'enfant qui bégaie

Lorsque que le bégaiement perdure, des réactions secondaires s'installent chez la personne qui bégaie (Smith & Weber, 2017). Ces conduites d'évitement sont en premier lieu un soulagement, mais à long terme elles deviennent toxiques (Boucand & Mondoloni, 2009). En effet, les stratégies utilisées par le sujet pour contourner son bégaiement remplaceront peu à peu sa parole spontanée (Guitar, 2014).

La littérature différencie deux types de comportements secondaires, « les conduites d'évitement et les conduites d'évasion ». Les conduites d'évasion apparaissent au moment d'un bégayage, alors que

les conduites d'évitement sont mises en place avant de bégayer. Ces dernières sont les plus difficiles à modifier car elles protègent des mauvaises expériences émotionnelles liées aux bégayages (Guitar, 2014).

Différentes attitudes sont relevées dans des études sur les enfants qui bégaiement. V.Boucand met en avant que les substitutions de mots ou de phrases sont des conduites d'évitement fréquentes chez l'enfant d'âge scolaire qui bégaiement, de même que les arrêts inappropriés dans le discours (Boucand & Mondoloni, 2009; Guitar, 2014). Le discours devient une suite de phrases inachevées et la personne qui bégaiement préférera reformuler au lieu de bloquer, quitte à ne pas transmettre le message souhaité (Guitar, 2014). Il y a également la fuite du contact visuel qui est une stratégie d'évitement voire d'isolement vite adoptée par les personnes qui bégaiement. Cela entrave l'acte de communication, le maintien paraverbal n'est pas présent (Association parole bégaiement & Vincent, 2009; Boucand & Mondoloni, 2009). De plus les personnes qui bégaiement peuvent changer leur voix ou « se donner un rôle ». Le côté affectif du discours, qui influe fortement sur les bégayages, est alors mis à distance (Sheehan, 1970).

Lors de l'entrée à l'école primaire l'enfant fait face à de nouvelles contraintes scolaires. Par exemple, répondre à une question alors qu'il n'est pas préparé peut être une situation crainte. Ce dernier cherchera à ne pas se faire voir, à éviter de répondre voire à demander de ne pas parler lors d'un exposé (Alm, 2014). L'enfant peut également faire croire qu'il ne sait pas la réponse pour éviter de parler devant tout le monde en classe (Guitar, 2014).

Plus l'enfant est confronté à de mauvaises expériences, plus ces réactions augmentent (Guitar, 2014). Alors le sentiment de crainte vis-à-vis de l'acte de parole s'intensifie et l'enfant devient complexé par sa parole (Alm, 2014). **Error! Bookmark not defined.**

Les stratégies d'évitement deviennent des comportements défensifs permanents, peu importe le mot ou la situation. Cela handicape la personne qui bégaiement dans son acte de communication et dans sa socialisation (Monfrais-Pfauwadel, 2014).

1.2 Bégaiement et répercussions sociales et émotionnelles

1.2.1 Bégaiement et stigmatisme social

Sheehan définit le bégaiement comme un trouble de la présentation sociale de soi. « La société » exige une certaine qualité de parole que la personne qui bégaiement ne peut produire (Sheehan, 1970). Le bégaiement peut conduire à l'échec de la communication, or les êtres humains sont des êtres communicants. Dans la société actuelle, la communication est une habileté primordiale pour s'intégrer. Le bégaiement handicape réellement la personne (Brocklehurst, 2016; Piérart -

Bernadette, 2011). L'effet de société impacte la fluence du discours des personnes qui bégaiement, déjà altérée par le trouble lui-même, car la cognition sociale entre en jeu. La personne qui bégaiement se concentre sur ce que les autres pensent, redoute son bégaiement et se met une pression supplémentaire qui augmentera le risque de bégayages (Alm, 2014).

Blood et al. ont montré dans leur étude que les personnes qui bégaiement ont une grande appréhension à communiquer et que cette appréhension limite le développement de compétences sociales (Blood, Blood, Tellis, & Gabel, 2001; Caughter & Crofts, 2018; Guttormsen, Kefalianos, & Næss, 2015). Chaque individu se construit une identité sociale par rapport à autrui et notamment par l'appartenance à un groupe (Blood, Blood, Tellis, & Gabel, 2003; Piérart - Bernadette, 2011). Cette identité peut être altérée par les stigmatisations, ce qui aura pour conséquence une baisse de l'estime de soi (Blood et al., 2003; Boyle, Blood, & Blood, 2009; Guttormsen et al., 2015).

Des études ont mis en avant que les manifestations du bégaiement varient selon la situation de communication (Alm, 2014). En effet, lors de l'échange verbal, l'interlocuteur et le contexte rentrent en compte ainsi que la perception du moment et les réactions du partenaire (Clark, Conture, Frankel, & Walden, 2012). Il a été prouvé que les personnes qui bégaiement sont stigmatisées et discriminées, leurs pairs jugent, se moquent ou bien les écartent de leur cercle proche (Blood et al., 2003; Boyle, 2013; Boyle et al., 2009; Piérart - Bernadette, 2011).

Une anxiété anormale se développe chez les enfants d'âge scolaire qui bégaiement, suite aux émotions négatives et aux mauvaises expériences associées au bégaiement (Hartley, Bauman, Nixon, & Davis, 2015; Piérart - Bernadette, 2011). Les prises de parole diminuent, par peur de ne pas correspondre à la norme sociale du « bien parler ». La communication est entravée, les relations sociales et interindividuelles sont limitées. Nous assistons alors à un retrait social de la part des enfants qui bégaiement (Alm, 2014; Association parole bégaiement & Vincent, 2009; Brocklehurst, 2016; Iverach & Rapee, 2014; Nippold & Packman, 2012).

Les personnes qui bégaiement subissent une pression sociale concernant leur parole et les difficultés sociales concomitantes. Cela engendre des désordres émotionnels et physiques chez l'enfant qui bégaiement.

1.2.2 Conséquences émotionnelles

Chez l'enfant, l'impact négatif de son bégaiement apparaît aux alentours de 5 ans, âge auquel la scolarité commence et période à laquelle l'enfant est confronté à ses pairs et à leur regard (Sheehan, 1970).

Bégayer peut engendrer certains sentiments négatifs vis-à-vis de soi et de sa parole (Iverach & Rapee, 2014). Avec l'entrée à l'école primaire, les moqueries des camarades commencent et des sentiments de honte, de gêne, d'anxiété ou même de frustration apparaissent (Andrews et al., 2016; Iverach & Rapee, 2014; Smith & Weber, 2017). Les enfants, de manière générale, sont considérés comme victimes de moqueries s'ils en subissent deux ou trois fois par mois, or les enfants qui bégaiement en subissent deux à quatre fois plus (Andrews et al., 2016; Blood et al., 2011; Hartley et al., 2015; Murphy & Quesal, 2002; Yaruss, Reeves, & Herring, 2018).

Des études ont classé les répercussions émotionnelles en deux catégories : (Alm, 2004; Blood & Blood, 2016).

- les effets internes comme les souffrances psychologiques : honte, anxiété, gêne, peur, colère.
- les manifestations externes comportementales telles que l'inhibition, l'hyperactivité.

L'anxiété, souffrance interne, est un problème largement relevé dans plusieurs études traitant du bégaiement. Des problèmes comportementaux peuvent apparaître dès l'âge préscolaire chez les enfants qui bégaiement (McAllister, 2016), notamment l'agitation, le défaut d'attention et le défaut de pragmatique (Eggers, De Nil, & Van den Bergh, 2010). Les enfants qui bégaiement ont une tolérance à la frustration moindre et réagissent de manière hypersensible. Cela engendre une agitation motrice générale plus importante, comme le clignement oculaire, les tapotements de doigts, les tensions musculaires ou l'onychophagie (Blood & Blood, 2016). Ces enfants contrôlent moins leur stress et ne s'autorégulent pas lors d'expériences négatives. Ainsi ces expériences conditionnent l'enfant et les réactions seront présentes constamment (Ledoux, 1994). De nombreuses études ont relevé qu'une trace émotionnelle restait plus ancrée dans le cerveau qu'une autre trace (Parole Bégaiement, 2013). Les conséquences émotionnelles du bégaiement s'installent durablement, ce qui peut handicaper les personnes qui bégaiement dans leur vie personnelle et sociale (Blood & Blood, 2016; Yaruss & Quesal, 2004). La présence de bégayages augmente avec les émotions négatives et inversement. Le jeune enfant est alors entraîné dans un cercle vicieux où il bégaye de peur et où la peur le fait bégayer (Alm, 2004). L'enfant qui bégaye va alors s'isoler et se renfermer pour ne pas souffrir des mauvaises expériences. L'isolement peut être voulu par la personne bégaye, comme une protection. Mais sur le long terme, cette situation est plus pesante que bénéfique (Parole Bégaiement, 2013). L'isolement peut également être subi, notamment lorsque les moqueries sont invasives. La personne qui bégaye est mise à l'écart par ses pairs (Hartley et al., 2015).

Le bégaiement est vécu comme un événement traumatique sur lequel aucun contrôle n'est possible (Ledoux, 1994). Les pressions sociales liées au trouble engendrent un mal être émotionnel mais aussi une baisse de l'estime de soi (Boyle et al., 2009; Murphy, Yaruss, & Quesal, 2007; Yaruss et al., 2018).

CHAPITRE 2

L'ESTIME DE SOI

2 L'estime de soi et son développement

2.1 Définition et évolution chez l'enfant

2.1.1 Généralités et définitions des termes

L'estime de soi est une notion fondamentale à la construction de la personnalité (André & Lelord, 2008). C'est la capacité à déterminer verbalement sa valeur et son opinion sur soi-même (André & Lelord, 2008; Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003; Harter, 2015). Il arrive que ce sentiment ne soit pas le reflet de la vérité (Orth & Robins, 2014). En effet, la réalité sociale peut être transformée par ses croyances ou celles d'autrui (Baumeister et al., 2003). Cette composante de la personnalité requiert un équilibre entre l'amour de soi (l'auto-respect), la vision de soi (évaluation de soi) et la confiance en soi (être sûr de ses capacités) pour se développer (André & Lelord, 2008).

A partir de 6 ans, l'enfant commence à se comparer aux autres (Malik & Marwaha, 2018). Il est capable de dégager un sentiment de valeur vis-à-vis de ses compétences ou de son comportement et de développer l'idée d'aimer ou pas qui il est (Harter, 2015).

L'estime de soi se développe dans un premier temps avec les parents, l'amour et l'attention qu'ils donnent, puis à l'école, les pairs prennent de l'importance et influencent l'estime de soi. Ensuite les milieux, social et professionnel, jouent également un rôle (André & Lelord, 2008; Wagner, Lüdtke, Robitzsch, Göllner, & Trautwein, 2018).

Le degré d'estime de soi serait un marqueur prédictif de la réussite de l'individu au niveau personnel, affectif, professionnel, social, ainsi qu'un marqueur de bonne santé physique et mentale (Orth, Maes, & Schmitt, 2015). Une estime de soi élevée est un facteur qui faciliterait la réussite sociale et scolaire (Marsh, 1990) et protégerait d'une maladie mentale. Une estime de soi faible pourrait amener à plus de difficultés d'intégration sociale, des problèmes comportementaux et de santé mentale (Baumeister et al., 2003; Liu, Wu, & Ming, 2015).

2.1.2 Construction de l'estime de soi

L'estime de soi est un concept qui se développe et s'actualise tout au long de la vie. Elle se construit par la valeur que se donne une personne vis-à-vis des autres et de son ressenti d'acceptation (Association parole bégaiement & Vincent, 2009; Harter, 2015). Cela dépend des expériences sociales, personnelles, physiques, scolaires et des interactions vécues (Harris et al., 2017; Harter, 2015).

Trois piliers permettent l'essor de l'estime de soi : l'éducation, le sentiment d'être aimé et le sentiment d'être compétent (André & Lelord, 2008; Dickstein, 1977).

L'estime de soi est une évaluation de soi-même mais aussi une appréciation de l'évaluation d'autrui sur sa personne (André & Lelord, 2008; Harter, 2015; Marsh, 1990). Cette évaluation individuelle peut amener à des décalages entre la réalité et ce que la personne pense être (Harter, 2015). En effet, l'estime de soi se construit par comparaison aux autres (Dickstein, 1977), mais cette comparaison peut être nocive et rendre l'estime de soi vulnérable si l'individu ne se sent pas à la hauteur de ses pairs (Harter, 2015). De mauvaises expériences sociales ou personnelles peuvent altérer le développement de l'estime de soi (Malik & Marwaha, 2018).

Dès qu'un enfant est capable de contrôler ses actions, de faire preuve de volonté et de faire un retour sur ses compétences, l'estime de soi commence à se développer (Dickstein, 1977; Harris et al., 2017). Verbaliser l'estime de soi requiert certaines capacités cognitives, telle que la théorie de l'esprit mise en place avant 4 ans (Cavadel & Frye, 2017; Harris et al., 2017). Un enfant d'âge scolaire est capable d'avoir un jugement global sur lui-même (Harter, 2015).

Les différentes situations du quotidien peuvent moduler l'estime de soi, elle peut être faible ou élevée (Marsh, 1990). Plusieurs facteurs sont à l'origine de la variabilité de l'estime de soi.

2.2 Les facteurs d'influence d'une estime de soi élevée ou faible

(Annexe 2)

Avoir une estime de soi élevée ne signifie pas se sentir supérieur (Orth et al., 2015) mais se réfère à une évaluation positive de soi (Baumeister et al., 2003). Avoir une faible estime de soi est le fait de croire en une image défavorable de soi (Baumeister et al., 2003). Ces différents degrés d'estime de soi peuvent avoir des conséquences sur la vie quotidienne (Harter, 2015).

2.2.1 Facteurs sociaux et scolaires

La société est le facteur qui a le plus d'impact dans la construction et la vision de soi, il est prouvé que les expériences sociales peuvent amener à un changement ou une restructuration de personnalité (Orth et al., 2015). L'estime de soi est liée aux relations sociales (Malik & Marwaha, 2018), de bonnes relations favoriseront une estime de soi élevée (Wagner et al., 2018). L'estime de soi étant l'évaluation qu'un individu fait de sa personne, il est évident que sa place dans la société joue un rôle majeur dans celle-ci (Orth et al., 2015; Wagner et al., 2018). L'intégration dans un groupe social serait l'expression d'une estime de soi élevée mais serait aussi la cause d'une estime de soi élevée (Baumeister et al., 2003).

Si une personne se considère « bonne » dans un domaine jugé important par la société alors l'estime de soi sera valorisée. Mais, à l'inverse, si une personne ressent une approbation négative de soi dans un domaine dit important, alors cela se traduira par une estime de soi faible (Dickstein, 1977; Harter, 2015).

L'école est aussi un facteur d'estime de soi, les performances demandées et la réussite peuvent amener à une estime de soi plus ou moins élevée (Baumeister et al., 2003; Marsh, 1990; Wagner et al., 2018). Le milieu scolaire est un lieu où des moqueries et des jugements de l'autre peuvent survenir, or une faible estime de soi est associée à la discrimination (Baumeister et al., 2003; Murphy & Quesal, 2002). Les réussites ou échecs des expériences de la vie quotidienne influencent également l'estime de soi (Dickstein, 1977; Orth & Robins, 2014).

Une haute estime de soi permet une prise de parole en public plus aisée. Donc les personnes ayant une haute estime d'elles-mêmes seraient mieux appréciées au sein d'un groupe, ce qui renforcerait les discriminations et jugements des personnes ayant une faible estime de soi (Baumeister et al., 2003).

L'étude de Baumeister a mis en évidence un lien entre estime de soi et stress. Une faible estime de soi ne permet pas de bien gérer les périodes de stress. Alors qu'une estime de soi élevée diminue le stress et l'anxiété (Baumeister et al., 2003).

2.2.2 Facteurs personnels et familiaux

Une bonne estime de soi implique une bonne vision de soi, ce qui est influencé par plusieurs facteurs personnels et familiaux (Wagner et al., 2018).

Les recherches de Harris ont mis en évidence que le développement de l'estime de soi est influencé par les interactions parent-enfant dès le plus jeune âge. De plus, selon le chercheur, parler des mauvaises expériences vécues avec les parents permet une régulation des émotions et constitue une interaction sociale importante pour les jeunes enfants. Cela les aide à se construire et à s'auto-évaluer de manière juste (Harris et al., 2017; Malik & Marwaha, 2018). D'autres études affirment que l'estime de soi est liée à la qualité affective des relations (Sroufe, 2002). Les soins et l'attention portés à l'enfant font émerger une acceptation et une valeur de soi, ce qui est indispensable pour développer une estime de soi élevée (Harris et al., 2017) ainsi que pour appréhender correctement l'environnement et les autres (Malik & Marwaha, 2018).

Selon Orth, les personnes avec des particularités, des traits atypiques, auraient une estime d'eux-mêmes plus faible, tout comme les personnes introverties ou émotionnellement instables (Orth & Robins, 2014).

Wagner et al. ont relevé que le genre est un facteur d'influence de l'estime de soi, les filles auraient une estime de soi plus faible que les garçons. Mais cette différence apparaîtrait au collège, vers 12 ans (Wagner et al., 2018).

L'estime de soi varie selon différents facteurs, elle peut être plus ou moins élevée. Un équilibre entre différents domaines sous-jacents permet une estime de soi globale stable et positive (Annexe 3). Les personnes qui bégaient, à la vue de leur trouble de la parole et de la communication, peuvent avoir des failles et leur estime de soi serait malmenée.

CHAPITRE 3:

BEGAIEMENT ET ORTHOPHONIE

3 La prise en charge orthophonique de l'enfant qui bégai

Comme nous l'avons vu précédemment environ 80% des enfants, 4 enfants sur 5, arrêtent de bégayer seuls mais il n'est pas possible de prédire quels enfants sont à risque de garder ce trouble à vie. Plus le sujet grandit et plus le bégaiement perdure, moins le trouble pourra disparaître de lui-même, une thérapie orthophonique s'avère alors essentielle. (Laiho & Klippi, 2007; Yairi & Ambrose, 2013).

3.1 Les outils orthophoniques

Il existe différentes techniques de rééducation de la personne qui bégai : il est possible de modifier le bégaiement ou bien d'obtenir une parole fluide. Ces différentes méthodes ont fait leur preuve et sont efficaces auprès des jeunes qui bégai. Il est important de suivre un axe de prise en charge qui convienne au patient (Healey, 2008; Laiho & Klippi, 2007).

Les deux méthodes suivantes sont proposées par l'orthophoniste pour fluidifier la parole :

La parole prolongée est une technique élaborée par Boberg et Kully. Cette méthode utilise des stratégies comportementales pour rendre la parole fluide. Le patient s'entraîne à prolonger sa parole (Georgieva, Stoilova, Georgieva, & Stoilova, 2018), en produisant des attaques douces, et en prolongeant les voyelles, en début de prise de parole (Bloodstein & Ratner, 2008). Cet entraînement permet également de réduire la pression labiale (Boberg & Kully, 1994; Brown et al., 2016; Healey, 2008; Nippold & Packman, 2012).

L'ERASM (Easy Relaxed Approach Smooth Movement) (Gregory & Hill, 1980). Cette technique propose de faire des transitions voyelle-consonne/consonne-voyelle lentes. Elle permet aussi de replacer les pauses respiratoires au bon endroit du discours, l'enfant qui bégai ne dira plus sa phrase d'un seul coup par peur d'accrocher sur un mot (Boucand & Mondoloni, 2009). L'enfant développe un meilleur rythme de parole, il respecte mieux les codes du discours et les transitions lentes. Tout cela concourt à une baisse des bégayages.

L'enfant apprend ces techniques en séance avec l'orthophoniste et lorsque sa parole s'approche le plus d'une parole normale, il peut les utiliser au quotidien afin de pouvoir gérer et vivre avec son trouble (Healey, 2008).

L'autre approche thérapeutique, développée par Van Riper, consiste à modifier le bégaiement (Van Riper, 1973). Cette technique demande de comprendre, de prendre conscience et de se désensibiliser du bégaiement (Bloodstein & Ratner, 2008). Le thérapeute parle du trouble avec son patient, dédramatise le bégaiement et diminue les émotions négatives (honte, frustration) inhérentes à ce trouble. Ensuite, il entraîne le patient à s'auto-corriger avant, pendant ou après une disfluence (Bloodstein & Ratner, 2008; Guitar, 2014; Van Riper, 1973). L'orthophoniste signale dès qu'un bégayage survient, en tapotant ou en grattant la main du patient. Ainsi, le patient apprend à ressentir ce qui se passe dans son corps juste avant et il pourra anticiper afin de modifier son bégaiement. (Boucand & Mondoloni, 2009).

Il y a également les exercices de pseudo-bégaiement, ou le bégaiement volontaire de Bryngelson (Bloodstein & Ratner, 2008). Cette technique travaille directement sur les blocages : la personne bégaye volontairement avec une sévérité plus ou moins forte. La personne qui bégaye prend le contrôle de ses bégayages et grâce à la prise en charge, elle arrivera à réduire la sévérité de ses blocages. Cette technique permet de désensibiliser la personne, ce qui est une étape cruciale pour réussir à modifier la parole (Boucand & Mondoloni, 2009; Laiho & Klippi, 2007).

L'orthophoniste peut également fournir des clés au patient pour diminuer les comportements secondaires qui entravent les habiletés de communication (Association parole bégaiement & Vincent, 2009). Par exemple, rétablir le contact visuel et respecter les codes de la communication, comme le tour de parole ou respecter le thème de la discussion (Boucand & Mondoloni, 2009; Guitar, 2014).

L'action sur ces différents symptômes aidera l'enfant qui bégaye à retrouver des habiletés de communication. Son discours sera plus fluide et il y aura moins d'interférences para-verbales à la compréhension du message.

Les différents outils orthophoniques permettent d'agir sur les symptômes du trouble, mais aussi sur les émotions et les conduites d'évitement liées au bégaiement. La personne qui bégaye prend conscience qu'elle peut agir sur sa parole. Cela valorise l'estime de soi et favorise les compétences sociales (Boberg & Kully, 1994; Laiho & Klippi, 2007).

Les différentes approches de remédiation du bégaiement sont complémentaires et peuvent être abordées de manière conjointe par l'orthophoniste.

3.2 La relaxation

Les tensions physiques peuvent être à l'origine des disfluences, ou du moins les accroître (Bloodstein & Ratner, 2008; Monteagudo, Sawyer, & Sivek-Eskra, 2017). Inclure la relaxation dans la prise en charge est bénéfique pour le patient, cela permet des prises de parole plus fluides (Monteagudo et al., 2017) et l'évitement de rechutes du bégaiement (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). La relaxation peut se traduire par un relâchement musculaire, un travail sur la respiration ou bien une prise de conscience de son corps (Le Huche & Allali, 1984).

Un état de relaxation requiert une détente corporelle. Il faut alterner une forte contraction musculaire volontaire puis une relaxation. Le sujet prend conscience que son corps peut se relâcher et qu'il peut contrôler ses tensions physiques (Lucie Goldsmit, 1979; Piérart - Bernadette, 2011). Dans la technique de Jarreau, le sujet alterne entre des exercices statiques et en mouvement. Après chaque exercice, le patient verbalise ce qu'il a ressenti et son état actuel ce qui permet une prise de conscience des changements de son corps (Klotz, 1995; Le Huche & Allali, 1984). La technique de le Huche, elle, demande une respiration abdominale et une contraction-décontraction de chaque membre et articulation du tronc supérieur. La prise de parole sera plus naturelle et accompagnée par cette respiration détendue (Le Huche & Allali, 1984). Concernant les enfants, « la poupée de chiffon », être tout mou, est une technique de relaxation facile à mettre en place et efficace. Un travail sur la respiration accompagne le relâchement musculaire. La respiration abdominale permet une meilleure prise d'air et donc un meilleur flux de parole, il est important que le patient la maîtrise. Le thérapeute apprend au patient la technique « deux-huit-quatre ». Cet exercice constitue le cycle suivant : inspiration – tenue inspiratoire – expiration longue. Ce cycle réduit de manière efficace les tensions au niveau du larynx et du thorax. Cet enchaînement se fait de manière répétée et en début de séance afin d'obtenir un souffle calme et relâché (Le Huche & Allali, 1984).

Prendre conscience de soi et de son corps est primordial dans la relaxation. D'autant plus pour les personnes qui bégayaient car cette technique leur permet d'être acteur de leur thérapie (Rassart & Despret, 2014). Selon le programme de Linklater, le travail de relaxation consiste à faire des exercices de respiration profonde et à décrire ce que le patient ressent (Linklater & Slob, 2006). Cette technique est également appelée pleine conscience d'après Kabat-Zinn (Rassart & Despret, 2014). Le patient est concentré sur son corps au moment présent. Cet exercice détend les muscles de la phonation, la production orale sera alors plus fluide. Le patient prend conscience de ce qui se passe dans son corps et il pourra apprendre à anticiper les bégayages et se détendre (Linklater & Slob, 2006; Monteagudo et al., 2017). Il peut être difficile pour les patients de ressentir leur propre corps ou de verbaliser les sensations. Le thérapeute peut diriger la séance pour apprendre aux patients à se

relaxer (Le Huche & Allali, 1984). La pleine conscience met en avant les émotions et le but est de les accepter, ainsi le patient peut arrêter de lutter contre sa parole et aller vers un discours fluide (Rassart & Despret, 2014). De plus, la pleine conscience développe la bienveillance et l'acceptation de soi dans l'instant, les pensées négatives et parasites sont écartées (Rassart & Despret, 2014).

D'après les recherches de Bloodstein, les personnes qui bégaièrent suivant une remédiation orthophonique associée à de la relaxation ont moins de disfluences et les progrès sont durables. Il est impossible de bégayer lorsque le corps est complètement relâché (Bloodstein & Ratner, 2008).

Les outils orthophoniques ont un effet avéré sur la fluence. La relaxation améliore la fluidité et réduit également l'anxiété et le mal être associé aux bégayages.

3.3 La prise en charge du bagage émotionnel

J.G.Sheehan, en 1970, a développé la théorie de l'iceberg. Il associe le bégaiement à un iceberg qui a une partie immergée et une partie submergée bien plus importante. Pour l'auteur, la partie supérieure représente ce qui est visible et audible dans le trouble, soit les bégayages et les manifestations physiques, alors que la partie inférieure représente les émotions et ressentis propres à la personne qui bégaye (Sheehan, 1970). (Annexe 4)

La partie submergée de l'iceberg constitue un aspect prégnant du bégaiement (Guitar, 2014) et ces émotions peuvent se cristalliser durablement suite à des expériences vécues avant, pendant et après l'épisode de bégaiement (Monfrais-Pfauwadel, 2014).

En tenant compte de cette théorie, la prise en charge du bégaiement ne se réduit plus au simple traitement des manifestations visibles du bégaiement. Travailler sur le bagage émotionnel associé au trouble permet d'aller plus en profondeur et de faire perdurer les bienfaits de la rééducation (Murphy et al., 2007; Piérart - Bernadette, 2011). Cet aspect de la prise en charge des personnes qui bégaièrent devrait être une priorité (Iverach et al., 2009). L'orthophoniste axe sa remédiation sur les deux parties de l'iceberg, car des progrès d'un côté feront diminuer l'autre et inversement (Guitar, 2014; Hicks, 2016; Piérart - Bernadette, 2011; Rassart & Despret, 2014). En prenant en compte la partie inférieure de l'iceberg, la thérapie réduira les sentiments de honte, de gêne, d'appréhension, qui entravent la communication (Association parole bégaiement & Vincent, 2009; Murphy et al., 2007). Le thérapeute met en place un conditionnement où chaque prise de parole sera valorisée et associée à une bonne expérience (Guitar, 2014).

Par ailleurs, la rééducation orthophonique de la personne qui bégaie comporte un pan de prévention et d'action contre les moqueries et le mal être social de celle-ci (Yaruss et al., 2018). Cela passe par l'éducation de l'impact des moqueries, ainsi que par un échange autour des réponses possibles à rétorquer et une déculpabilisation des personnes qui bégaient. (Yaruss et al., 2018).

D'après Johnson, cité par Bloodstein et Ratner, réduire les souffrances associées au bégaiement est un objectif de prise en charge complémentaire aux objectifs axés sur la fluidité de la parole. En diminuant le bagage émotionnel de la personne qui bégaie, elle se sentira moins gênée par son trouble. La personne qui bégaie aura plus de facilité à engager une conversation sans à priori, elle n'essayera plus d'éviter ou de refouler son trouble (Bloodstein & Ratner, 2008).

PARTIE PRATIQUE

1 Problématique et objectifs

Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, le bégaiement est un trouble fluctuant qui présente différentes manifestations. Chez l'enfant d'âge scolaire le bégaiement se chronicise et engendre des comportements accompagnateurs ainsi que des réactions émotionnelles spécifiques. Ces comportements et réactions ont un impact dans la vie quotidienne du sujet qui bégaie. Ce dernier peut s'isoler, ressentir de la honte, se sentir jugé et appréhender les interactions avec autrui. C'est en cela que le bégaiement pourrait avoir un impact sur l'estime de soi. En effet, cette composante de la personnalité se construit à travers le regard et les expériences vécues avec autrui. Nous avons vu que de mauvaises expériences sociales, familiales ou scolaires peuvent avoir une incidence sur l'estime de soi de l'enfant. La valeur qu'un enfant qui bégaie se donne peut être biaisée à cause de son trouble car il est gêné dans l'acte de communication.

La prise en charge orthophonique de la personne qui bégaie repose sur différents axes : fluidifier la parole, modifier le bégaiement, et même apprendre à gérer les émotions associées au trouble. Suite à la rééducation, l'acte de communication serait mieux accepté et réalisé. Sachant qu'une bonne communication est un facteur d'une estime de soi élevée, la prise en charge orthophonique pourrait avoir un impact positif sur l'estime de soi du sujet.

L'objectif principal de notre étude est de vérifier si la rééducation orthophonique de l'enfant qui bégaie influence l'estime de soi de ce dernier. Pour cela, nous avons évalué l'estime de soi grâce aux scores relevés à un an d'intervalle avec l'Inventaire d'Estime de Soi (IES) de Coopersmith.

Nous avons défini plusieurs objectifs secondaires en mettant en relation l'évolution de l'estime de soi avec différentes données que nous avons recueillies auprès de la famille et de l'orthophoniste. Cela nous a permis de dégager d'autres facteurs d'influence de l'estime de soi :

- L'âge
- Le nombre de mois de prise en charge avant le T1
- Le nombre de séances effectuées entre T1 et T2
- Les changements familiaux entre T1 et T2

Ces notions, d'après la revue de littérature, jouent un rôle aussi bien dans le bégaiement que dans l'estime de soi.

2 Matériels et méthodes

2.1 Sujets

2.1.1 Choix de la population

Notre population de sujet se compose de 9 enfants entre 6 ans 3 mois et 10 ans 3 mois. Nous avons choisi des enfants d'âge scolaire car c'est à cette période que le bégaiement se chronicise et que les comportements secondaires apparaissent. Ceux-ci peuvent avoir un effet négatif sur la qualité de vie du patient et sur son bien-être. De plus, l'entrée à l'école primaire est une étape majeure pour les enfants, ils ont plus d'interactions sociales et l'estime de soi se développe fortement. Malheureusement pour les enfants qui bégaiement, cela peut être synonyme de mauvaises expériences comme les moqueries, et l'apparition de la pression scolaire et sociale peut impacter le trouble. Pour avoir une analyse fiable, il fallait que tous les patients aient une prise en charge homogène. Nous avons donc choisi un lieu de recrutement unique, au sein du même cabinet d'orthophonie. Notre échantillon comporte 7 garçons et 2 filles. Cette répartition semble en accord avec la littérature, il y a plus de garçons qui bégaiement que de filles.

2.1.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion pour faire partie de l'étude sont les suivants :

- Enfant qui bégaiement
- Enfant pris en charge pour le bégaiement chez Mme Agullo
- Enfant non redoublant sa scolarité

Les critères d'exclusion sont :

- Un changement d'orthophoniste au cours de l'étude
- Un score de 5 ou plus à l'échelle « mensonge » de l'IES

2.2 Matériel

Pour recueillir les données générales sur l'enfant : sa situation scolaire, familiale et ses prises en charge, nous avons contacté directement les parents.

Nous avons également créé un questionnaire destiné aux enfants inclus dans l'étude (Annexe 5). Ce questionnaire était ciblé sur le ressenti de l'enfant face à son bégaiement. Il a été proposé aux enfants avant la passation de l'IES, aux deux temps de la recherche. Il se constituait d'une partie d'explications et d'une partie de six questions concernant son identité et son bégaiement, notamment

- le décrire en quelques mots
- lui donner une couleur et le dessiner

Pour pouvoir analyser l'estime de soi nous avons choisi d'utiliser un questionnaire standardisé et référencé de l'estime de soi : l'Inventaire d'Estime de Soi de Coopersmith, 1985. La traduction française est validée par les ECPA. Cette échelle permet de définir le profil du sujet et de considérer qu'il a une estime soi élevée ou bien une estime de soi faible.

Cet inventaire est constitué d'une forme scolaire et d'une forme adulte. Pour la recherche menée, nous avons exploité la forme scolaire à la vue de la population sélectionnée. La forme scolaire est destinée aux enfants et adolescents de plus de 8 ans d'après Coopersmith. Cette limite d'âge a été fixée par souci de compréhension des items proposés. Or, comme nous le verrons plus tard, nous avons mis de côté le biais de compréhension en annonçant les items à l'oral, c'est pourquoi la population choisie comporte des enfants à partir de 6ans 3mois.

Nous avons choisi l'IES car cette échelle ne limite pas le sujet à son bégaiement. Cela permet une évaluation globale de la perception de soi-même. De plus, la perception du sujet est aussi analysée de manière plus détaillée grâce aux sous-échelles.

L'IES comporte 58 items et évalue l'avis que l'on porte sur soi dans les domaines social, familial, général et scolaire. Une échelle de « mensonge » a été rajoutée afin de vérifier que le sujet répond le plus honnêtement possible et ne se surestime pas. Les notions de cette échelle sont assez radicales, ainsi la réponse attendue devrait être la même pour tout le monde ; telle que « je ne suis jamais inquiet » ou « j'aime tous les gens que je connais ». Le score à cette échelle peut montrer une éventuelle attitude de défense face au test ou une volonté de donner une bonne image de soi. Nous pouvons supposer que les réponses aux autres échelles du test ne seraient pas représentatives de la vraie opinion du sujet si les scores à cette échelle sont élevés.

A chaque item le sujet a deux choix de réponse et doit cocher « me ressemble » ou « ne me ressemble pas ». Les items de chaque échelle sont présentés de manière confondue afin que le thème n'influence pas le sujet qui y répond.

Les différentes échelles de l'IES sont :

- L'échelle générale : 26 items
- L'échelle sociale : 8 items
- L'échelle familiale : 8 items
- L'échelle scolaire : 8 items
- L'échelle mensonge : 8 items

L'estime de soi totale correspond aux scores cumulés aux différentes échelles sauf le score de l'échelle mensonge. Une « bonne » réponse vaut un point.

Notre étude portant sur l'évolution de l'estime de soi sur une période définie, nous n'avons pas pris en compte l'étalonnage en classe de Coopersmith mais uniquement les résultats bruts obtenus au questionnaire.

Une étude sur l'IES précise bien qu'il n'y a pas d'effet « test-retest » (Chiu, 1985), cet inventaire est donc idéal pour notre étude et pour comparer les mêmes sujets à deux temps différents. De plus, sa rapidité de passation convient aux conditions de recherches que nous avons.

2.3 Méthode

Afin de vérifier l'impact de la prise en charge orthophonique sur l'estime de soi des enfants qui bégaiement, nous avons choisi de mener l'étude en deux temps. Nous avons fait passer l'IES aux mois de février et mars 2018 (T1) puis nous avons refait passer l'IES au mois de février 2019 (T2) aux mêmes enfants. Nous estimions que cet intervalle d'un an était nécessaire pour laisser le temps aux patients de faire assez de séances d'orthophonie pour voir un éventuel progrès d'estime de soi.

Nous avons élaboré un document explicatif aux parents concernés par l'étude. Cela nous a permis de recueillir les informations sur les patients et de valider ceux présents dans cette étude. Nous leur avons également donné une attestation de « consentement éclairé » à signer.

La passation s'est faite individuellement et sur le temps de la séance d'orthophonie du patient. L'enfant était en présence de l'orthophoniste et de l'examinatrice.

Avant de passer aux questions de l'IES, nous avons posé à l'enfant quelques questions sur son bégaiement avec le questionnaire créé. Afin de rester dans une passation homogène, nous avons lu les questions à tous les enfants et rempli nous-mêmes les réponses données, excepté pour le dessin que l'enfant a réalisé lui-même.

Ensuite, nous avons lu la consigne de l'IES et précisé à l'enfant que les réponses devaient être le plus honnête possible et qu'elles resteront anonymes. L'examinatrice lisait les questions à voix haute à l'enfant. Ce procédé avait pour but d'enlever toute pression langagière (en expression et en compréhension), car cette pression est nocive pour le bégaiement, ce qui pourrait avoir un impact sur la perception de soi. Nous avons veillé à rester neutre dans l'intonation et la lecture des phrases. Nous avons donné les mêmes explications aux enfants pour les items demandés, au besoin.

Chaque entretien était enregistré afin que nous puissions revenir sur les réponses le cas échéant, au moment de la cotation. Chaque livret de passation a été coté individuellement grâce au calque de correction dont le test est équipé.

3 Stratégie d'analyse des données

Pour la première passation, nous avons recueilli les données relatives à chaque enfant : son âge, sa situation familiale et scolaire, ses conditions de prise en charge orthophonique. Nous avons ensuite traité les scores obtenus à l'IES au T1. Ces données regroupaient le score total d'estime de soi calculé sur 50 points. Ce score est découpé en quatre sous parties, l'estime de soi globale qui est évaluée sur 26 points et chaque sous-échelle est calculée sur 8 points

Nous avons comptabilisé les points à l'échelle de mensonge avant toute analyse, l'enfant devait avoir moins de 5 afin d'être admis dans l'étude.

Les différents scores obtenus à l'IES ont été regroupés dans un tableau et les données descriptives du patient ont été codées pour faciliter leur analyse.

Lors de la seconde passation, nous avons redemandé des informations à la famille. Cela nous a permis d'être prévenus d'un éventuel changement concernant le patient au cours de l'année passée. Nous avons traité les nouveaux scores à l'IES, en prenant en compte le score total et chacune des sous-échelles. Le score à l'échelle de mensonge devait aussi être inférieur à 5 pour que cela corresponde aux facteurs d'exclusion de la recherche.

Nous avons choisi de faire une comparaison interindividuelle des scores afin de vérifier s'il y a eu une évolution de l'estime de soi entre les deux passations. Nous avons également comparé l'évolution totale de l'estime de soi à différentes variables choisies :

- L'âge
- Le nombre de mois de prise en charge
- Le nombre de séances effectuées
- Les changements familiaux

La significativité de nos résultats (notée **p**) a été vérifiée grâce au test de Student par échantillons appariés, au risque de 5% ($p < 0.05$).

Nous avons également exploité le coefficient de corrélation (noté **c**) pour certaines variables. Pour que le coefficient soit significatif, le résultat doit être inférieur à 0.632 au risque $p = 5\%$.

Certaines données ont été traitées avec un outil statistique « la courbe de régression », tandis que d'autres ne permettaient qu'une analyse qualitative.

Nous avons également fait une analyse qualitative du ressenti du bégaiement, avec l'analyse des dessins des enfants. Grâce aux enregistrements, nous avons aussi fait une analyse qualitative des réponses des sujets à l'IES au T2 afin d'essayer d'en comprendre les changements.

4 Résultats

4.1 Evolution de l'estime de soi entre T1 et T2

Pour chaque enfant qui bégaye, nous avons relevé leur score au premier et au second questionnaire. Nous avons ainsi calculé l'évolution, positive ou négative, de l'estime de soi entre T1 et T2. Pour l'analyse statistique des données, nous avons pris en compte les points d'évolution de chaque patient.

Patients	Score total à l'IES (T1)	Score total à l'IES (T2)	Points d'évolution entre T1 et T2
S.	30	33	3
C.	46	44	-2
N.	44	47	3
Cl.	37	45	8
G.	45	44	-1
Y.	41	30	-11
R.	43	48	5
K.	43	39	-4
Sh.	28	21	-7

Tableau 1 : Scores totaux bruts à l'IES et points d'évolution entre T1 et T2

44,4% des patients de l'étude ont eu une augmentation positive de l'estime de soi totale alors que pour 55.5% d'entre eux l'estime de soi a baissé.

Nous avons trié les données par ordre croissant, cela permet de clarifier les résultats et graphiques.

Evolution relative du score total à l'IES de chaque patient	Evolution brute du score total à l'IES de chaque patient
0,216216216	8
0,11627907	5
0,1	3
0,068181818	3
-0,022222222	-1
-0,043478261	-2
-0,093023256	-4
-0,25	-7
-0,268292683	-11

Tableau 2 : Evolution relative et évolution brute du score à l'IES des patients ordonnés par ordre croissant

L'évolution relative varie entre -0,27 et 0,22 ce qui montre une grande variabilité des profils. Notons que 44,4% des sujets ont eu une évolution faible, soit inférieure à 0,1 ou -0,1.

Variables	T1	T2
Variance	43,5	84

Tableau 3 : variance des résultats entre les sujets à T1 et à T2

Il y a plus d'écart entre les réponses à l'IES des sujets au T2. Les profils sont plus hétérogènes au moment de la seconde passation.

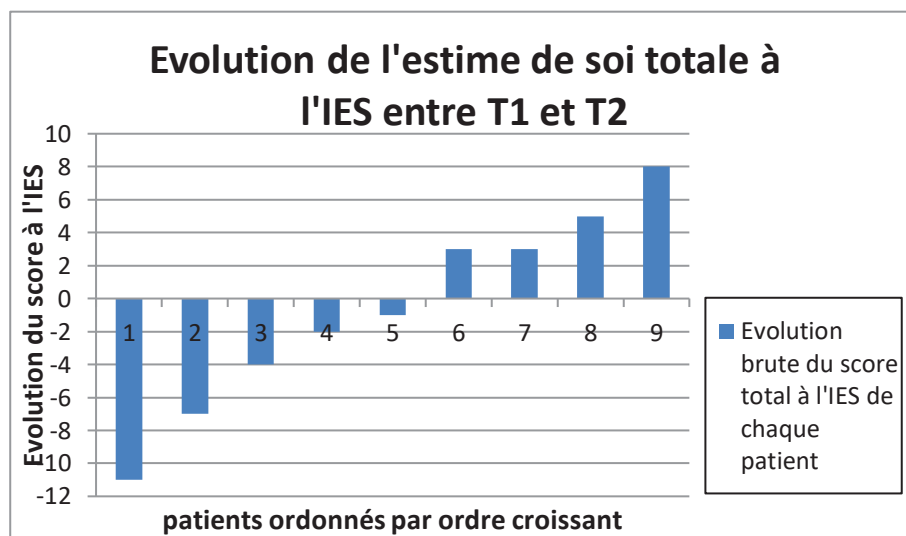
	p-value de l'évolution à l'IES (p)
ES totale	0,374968792
ES générale	0,364366994
ES familiale	0,383087333
ES scolaire	0,379961484
ES sociale	0,023515886*

Tableau 4 : Significativité de l'évolution du score total et des différentes sous échelles de l'IES

* : résultats significatif

La significativité des résultats est faible. Ils ne sont donc pas significatifs, excepté pour l'estime de soi sociale pour laquelle l'évolution de chaque enfant donne un résultat significatif (inférieur à 0.05 au risque de 5%).

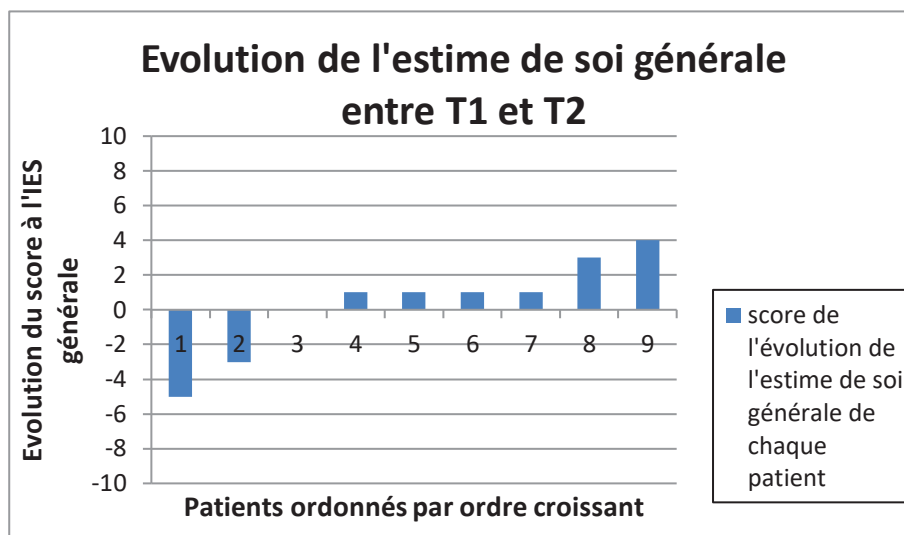
Graphique 1



Chaque enfant qui bégaie a eu une évolution totale de l'estime de soi différente. Pour cinq enfants, le score à l'IES a baissé et pour les quatre autres le score total est meilleur. Les résultats obtenus sont donc assez hétérogènes.

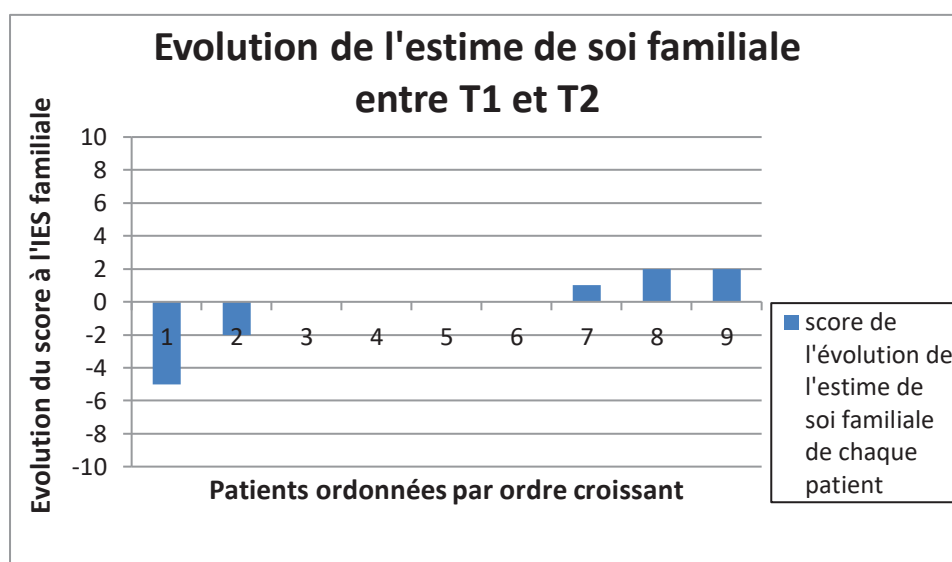
Un score total plus faible à l'IES n'est pas forcément expliqué par une baisse de l'estime de soi dans un domaine particulier. Nous avons donc analysé les scores bruts obtenus dans chaque domaine de l'estime de soi.

Graphique 2



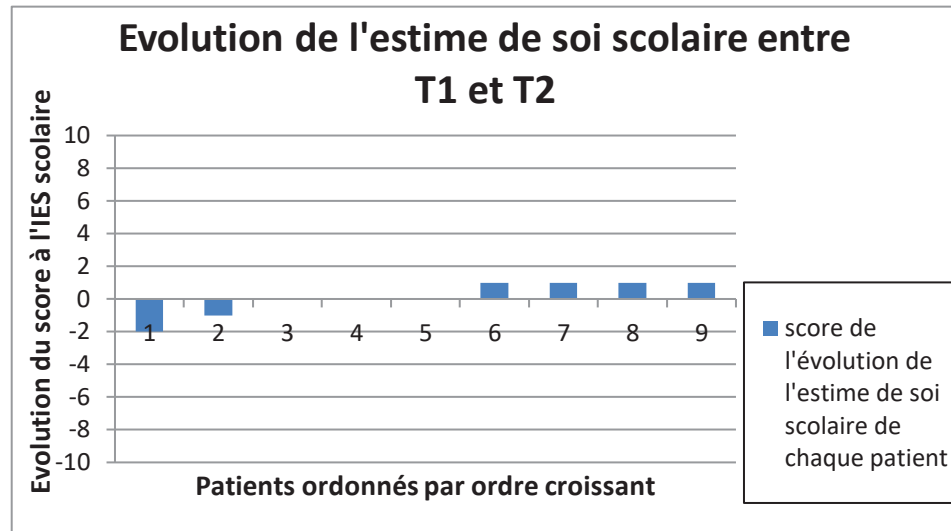
L'estime de soi générale est le domaine où il y a eu le plus d'évolution positive (66,7%) après la prise en charge orthophonique. Quatre enfants ont obtenu un point de plus et pour deux enfants l'évolution est plus marquée avec une augmentation 8 et 9 points.

Graphique 3



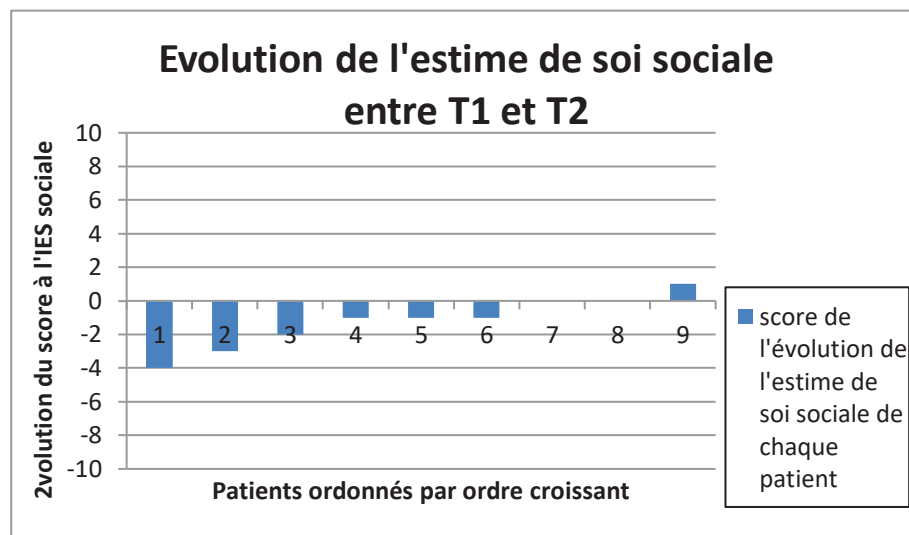
L'estime de soi familiale est un domaine qui a peu changé entre T1 et T2, les évolutions observées restent minimes, voire nulles, sauf pour un des patients de l'étude qui a eu une baisse de cinq points, pour cette échelle.

Graphique 4



Les scores à l'échelle de l'estime de soi scolaire oscillent entre -2 et 1 point d'évolution. Ces faibles changements ne sont pas significatifs ($p < 0.05$).

Graphique 5

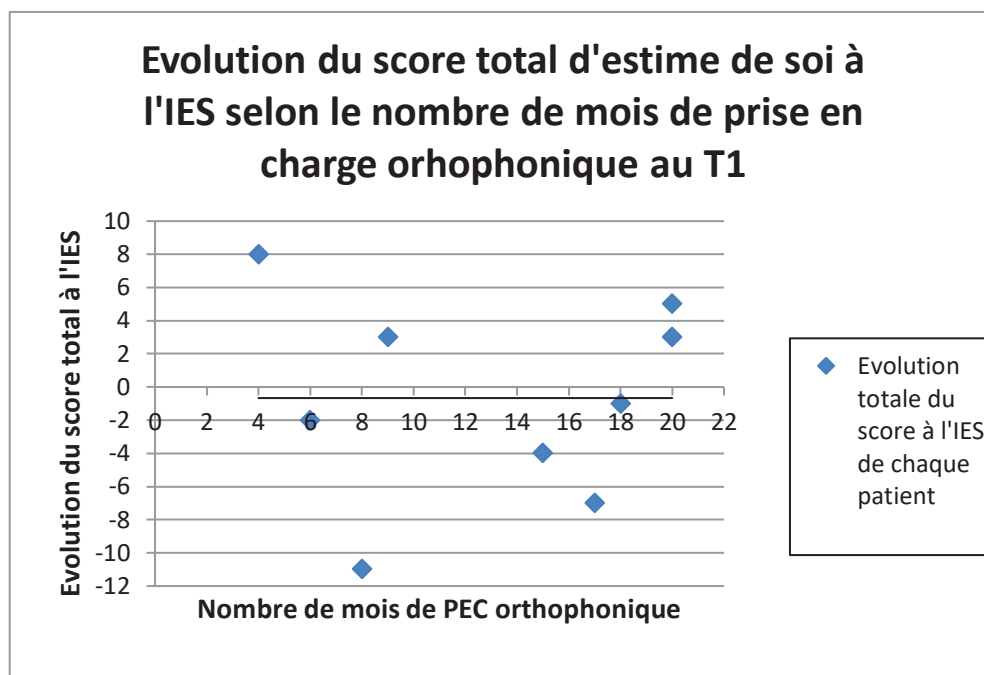


L'évolution de l'estime de soi sociale est majoritairement négative (66,7%). Six sujets ont perdu entre 1 et 4 points dans ce domaine entre T1 et T2.

4.2 Facteurs d'influence de l'estime de soi

4.2.1 Analyse des facteurs orthophoniques

Graphique 6



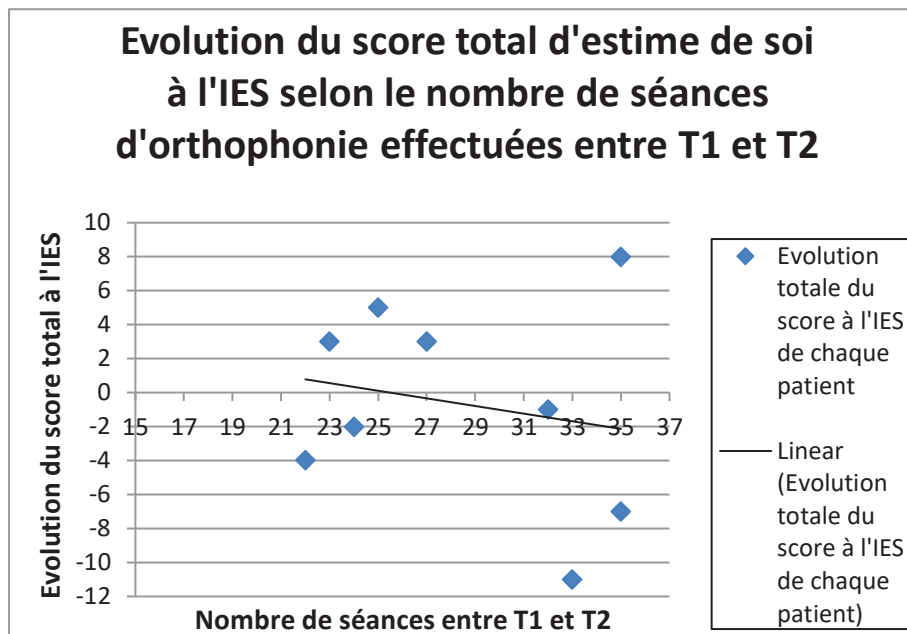
La régression linéaire est nulle, le nombre de mois de PEC n'est donc pas corrélé à l'évolution de l'estime de soi.

Nous avons ensuite analysé la corrélation entre le nombre de séance et l'évolution de l'estime de soi des patients. Pour mettre en évidence ce lien, nous avons calculé le coefficient de corrélation (c) dans le tableau ci-dessous :

	Evolution de l'ES
Le nombre séances effectuées	$c = -0,19603910049793$

Tableau 5 : Corrélation entre le nombre de séances d'orthophonie et l'évolution de l'estime de soi

La corrélation trouvée est faible (inférieure à 0.632 au risque de 5%), elle est non significative. Cette corrélation est négative, c'est-à-dire que, plus l'enfant a fait de séances d'orthophonie moins l'estime de soi a augmenté. Cela se représente par une courbe de tendance linéaire descendante.



Graphique 7

4.2.2 Analyse des facteurs personnels ou familiaux

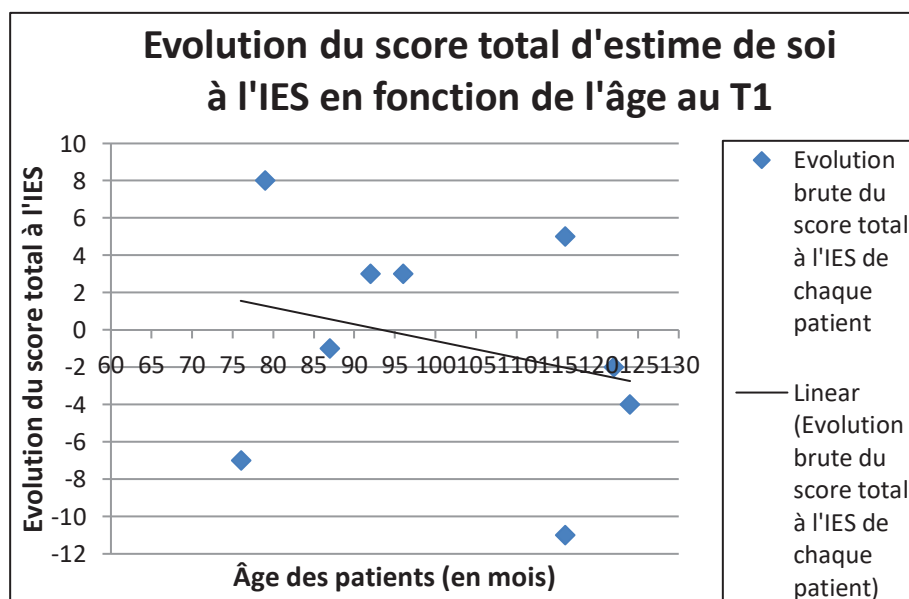
4.2.2.1 L'âge

Nous avons choisi d'analyser le lien éventuel entre l'âge du patient et l'évolution de l'estime de soi. Afin de relever ce lien, nous avons donc calculé le coefficient de corrélation (c) dans le tableau ci-dessous :

	Evolution de l'ES
L'âge	$c = -0,011692130296709$

Tableau 6 : Corrélation entre l'âge des patients et l'évolution de l'estime de soi

Le coefficient de relation trouvé est très faible, non significatif. Nous notons que la corrélation entre ces deux variables est négative. Cela veut dire que plus l'enfant est âgé moins l'estime de soi a augmenté. Cela se représente avec une courbe de tendance descendante comme ci-dessous :



Graphique 8

4.2.2.2 Les changements familiaux

Deux enfants ont subi des changements familiaux au cours de l'étude : une naissance dans la fratrie. Pour ces données, nous avons fait une analyse strictement qualitative au vu du peu de patients concernés par cette variable.

	Age (en mois)	Evolution de l'ES	ES générale	ES familiale	ES scolaire	ES sociale
N.	96	3	3	0	0	0
Sh.	76	-7	-3	-5	1	0

Tableau 7 : changements familiaux et évolution de l'estime de soi (ES)

Pour Sh. son estime de soi totale beaucoup a diminué. Cette baisse est surtout visible au niveau familial : -5 point. Alors que pour N. le changement familial n'a pas eu d'impact négatif sur l'estime de soi. Son score total à l'IES a même augmenté de 3 points.

4.3 Analyse qualitative

4.3.1 Analyse des enregistrements

Pour les patients qui ont eu une forte baisse de l'estime de soi, nous avons choisi d'analyser les enregistrements.

Patients	Points d'évolution de l'estime de soi totale
K.	-4
Sh.	-7
Y.	-11

Tableau 8 : sujets ayant les plus fortes diminutions de l'estime de soi totale

A l'analyse des enregistrements de ces enfants, nous notons que le facteur familial est prégnant. Pour Y. et Sh. c'est un domaine qui les perturbe, c'est une justification que ces deux enfants donnent à leurs réponses : « C'est le bazar à la maison », « Mes frères et sœurs crient », « J'ai un peu l'impression d'être harcelé par mes parents ». Alors que pour K., c'est le facteur social, notamment l'acceptation par les autres, qui semble fragile. Son score a diminué de 3 points, soit - 43%, à cette sous échelle : « Je n'ai qu'un seul ami », « Je ne plais pas facilement ».

4.3.2 Le ressenti du bégaiement

Au début de la passation, nous avons interrogé les patients sur leur bégaiement et leur ressenti. Chaque enfant nous a indiqué que le bégaiement allait mieux après l'année de prise en charge écoulée. Pour 100% des patients leurs dessins étaient plus positifs au moment de la seconde passation (Annexe 6). Ces questions subjectives ont permis de mettre en évidence que les enfants suivis pour l'étude se sentaient mieux vis-à-vis de leur bégaiement après un an de prise en charge.

DISCUSSION, CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Notre objectif principal est d'objectiver une évolution positive de l'estime de soi de l'enfant qui bégaie suite à un an de prise en charge orthophonique.

Nos résultats montrent que l'évolution de l'estime de soi est très hétérogène. En effet, il y a environ 44% d'augmentation et environ 55% de baisse de l'estime de soi totale à l'IES. Les points d'évolutions varient entre -11 et +8 points au T2 de l'étude. La prise en charge orthophonique seule n'a pas d'effet significatif sur l'estime de soi totale des patients.

Nous avons voulu préciser l'évolution de l'estime de soi en calculant l'évolution relative. Cela nous montre un tableau de résultats hétérogènes et nous informe que 44% des changements sont minimes, inférieurs à 0.1 ou -0.1. L'estime de soi n'a pas augmenté ni diminué de manière flagrante pour quatre des sujets. Les évolutions les plus marquantes (>0.2) concernent une seule augmentation de 0.22 et deux diminutions de -0.27 et -0.25.

L'analyse de chaque sous-échelle de l'IES met en avant que l'estime de soi générale a évolué de manière positive, avec 66.6% d'augmentation. Notons cependant que la majorité des augmentations (4/6), pour ce domaine, n'a été que d'un point, ces résultats ne sont pas significatifs. De plus, ces changements ne sont pas attribuables à une cause particulière car l'estime de soi est un concept évolutif et dynamique dépendant de nombreux facteurs.

Nos résultats montrent également que l'estime de soi sociale a évolué négativement pour 66.6% de la cohorte et de manière significative ($p < 0.05^*$). D'après le tableau 8 et l'analyse qualitative des questionnaires pour K, c'est l'estime de soi sociale qui est la plus faible. Ces scores à l'estime de soi sociale semblent en accord avec la littérature. Plusieurs études se sont intéressées à l'anxiété sociale chez les personnes qui bégaient (Helgadóttir, Menzies, Onslow, Packman, & O'Brian, 2014; Iverach et al., 2009; Orth et al., 2015; Scheurich, Beidel, & Vanryckeghem, 2019). Le domaine social semble fortement perturbé chez les personnes qui bégaient, notamment à cause des moqueries et des pressions de la société. Et les relations sociales sont le facteur le plus important dans la construction de l'estime de soi (Wagner et al., 2018).

D'après notre étude, en moyenne, la prise en charge orthophonique de l'enfant qui bégaie n'a que peu d'impact sur l'estime de soi. La prise en charge, seule, ne permet pas d'augmenter ce trait de personnalité de manière significative. Ces résultats concordent avec les résultats trouvés dans l'étude de Menzies (Menzies Ross G. et al., 2008), ainsi que dans celle de Andrews (Andrews et al., 2016).

L'étude de Helgadottir et al met en avant qu'une thérapie cognitive comportementale (TCC) intensive est bénéfique pour réduire l'anxiété sociale des personnes qui bégaient. Le travail sur l'anxiété sociale pourrait améliorer l'estime de soi. Donc une prise en charge axée uniquement sur l'aspect parole et fluidité ne suffit pas pour voir une évolution positive de l'estime de soi (Helgadóttir et al., 2014). Notons que cette recherche a été effectuée sur des adultes qui bégaient, il serait

intéressant de mener une étude similaire sur une population d'enfants d'âge scolaire. Menzies a également mené une étude sur la TCC appliquée aux personnes qui bégaiement avec des résultats positifs suite à l'entraînement (Menzies Ross G. et al., 2008).

La technique de pleine conscience est aussi efficace pour réduire l'anxiété chez la personne qui bégaiement (Harley, 2018; Scheurich et al., 2019; Wisner, Jones, & Gwin, 2010). Cette technique pourrait également être efficace pour améliorer l'estime de soi de ces personnes, en agissant sur leur ressenti et en induisant des pensées positives.

D'après ces auteurs, pour obtenir une amélioration de l'estime de soi, il faut une thérapie intensive et spécifiquement axée sur l'acceptation de soi, associée à la prise en charge orthophonique du bégaiement.

Iverach et Murphy, eux, prouvent qu'un travail exclusivement orthophonique peut suffire pour réduire l'anxiété et l'appréhension, lorsque le programme de modification de la parole entraîne des situations de communication spécifiques et de manière intensive (Iverach et al., 2009; Murphy et al., 2007).

Nos résultats peuvent être expliqués par le fait que l'estime de soi est un concept instable durant l'enfance, à cause des nombreux changements sociaux à cette période (Trzesniewski, Donnellan, & Robins, 2003). Cela concorde avec les résultats trouvés qui montrent une variance des réponses plus grande au T2 (tableau 3) et une évolution hétérogène de l'estime de soi selon le tableau 2. Par ailleurs, notons que d'après l'analyse des enregistrements, les justifications des réponses des enfants sont liées à un événement vécu à court terme avant la passation (une dispute, un événement marquant dans la journée ou la semaine). A cet âge les réponses sont induites par les événements récents, donc l'état d'esprit de l'enfant induit des réponses particulières et liées au vécu.

Les études sur les troubles mentaux, tels que l'anxiété ou une estime de soi faible, liés au bégaiement sont menées sur des sujets adultes (Iverach et al., 2009). Il serait judicieux de faire notre recherche sur une population adulte qui bégaiement pour voir si l'orthophonie a un effet sur leur estime de soi.

De plus, le temps de l'étude (un an) est assez restreint. Prolonger l'étude nous permettrait de voir une évolution différente, et refaire l'étude sur une cohorte plus grande apporterait des résultats plus significatifs.

Nous avons voulu détailler l'effet de la prise en charge orthophonique sur l'estime de soi en étudiant particulièrement deux variables : le temps de prise en charge du patient avant la première passation et le nombre de séances de rééducation suivies entre T1 et T2.

Nous avons trouvé une corrélation négative entre le nombre de séances de rééducation effectuées et l'évolution de l'estime de soi : plus les patients ont fait de séances durant l'année de l'étude moins

l'estime de soi a évoluée positivement. A partir de 25 séances, la prise en charge orthophonique n'a plus d'effet positif sur l'évolution de l'estime de soi.

Ces résultats sont en contradiction avec la littérature. En effet, les différentes études sur l'évolution de l'estime de soi préconisent un traitement intensif, cela suppose un grand nombre de séances effectuées par les patients (Helgadóttir et al., 2014; Iverach et al., 2009). Mais nous ne savons pas si le nombre de séance influence l'estime de soi ou si c'est le contenu qui permet cette évolution. Nos patients ont suivi une prise en charge orthophonique générale et non ciblée sur l'estime de soi ce qui pourrait expliquer que le nombre de séance n'agit pas positivement sur ce concept.

Dans la littérature le nombre de séance de prise en charge n'est pas traité et n'est pas associé à une possible évolution de l'estime de soi. Ces résultats n'étant pas significatifs et l'estime de soi étant un concept variable, nous ne pouvons affirmer que c'est à cause du nombre de séances de rééducation que l'estime soi a baissé. Les réponses au questionnaire sont données à un moment précis et sont inhérentes au patient, cela n'est pas réellement représentatif du quotidien du sujet, compte tenu de l'environnement familial et social, du moment T de la passation, du sommeil et autres facteurs que nous ne pouvons contrôler. De plus les sujets qui se sentaient mieux, objectivement et subjectivement, vis-à-vis de leur trouble ont espacé leurs séances d'orthophonie au cours de l'année. Or pour les patients, pour qui le bégaiement est plus difficile à gérer, ont eu un suivi plus intense. Leur baisse de l'estime de soi n'est donc pas due à la prise en charge, ou à la durée de celle-ci, mais à leur ressenti initial. D'ailleurs avec plus de séances leur estime de soi tendrait à évoluer, notion qui ressort cliniquement depuis l'arrêt de l'étude. Ces patients ont besoin de plus de temps que d'autres.

Concernant le nombre de mois de prise en charge avant le début de l'étude, il n'y a pas de corrélation avec l'évolution de l'estime de soi : ces deux variables évoluent de manière indépendante. Nos résultats montrent que le fait que le patient soit pris en charge en orthophonie depuis plus ou moins longtemps n'a aucun effet sur l'estime de soi (Graphique 6). Comme nous l'avons vu précédemment, ce qui permet une évolution positive de l'estime de soi n'est pas la condition de prise en charge mais le contenu de cette prise en charge (Iverach et al., 2009; Menzies Ross G. et al., 2008). Or les sujets de notre étude ont eu une prise en charge axée sur la parole et son amélioration.

Nous savons que la prise en charge orthophonique a un effet positif sur le bégaiement. Nous observons pour 100% des sujets une amélioration du ressenti des enfants vis-à-vis du bégaiement or la littérature prouve que le bien-être n'est pas corrélé avec la sévérité du trouble (Blumgart, Tran, & Craig, 2010; Menzies Ross G. et al., 2008; Mulcahy, Hennessey, Beilby, & Byrnes, 2008). Ainsi, le temps de prise en charge n'a pas d'effet sur l'estime de soi mais sur le trouble.

Notre objectif secondaire était de vérifier si d'autres facteurs pouvaient influencer l'estime de soi de cette population.

Premièrement, nous avons analysé la corrélation entre l'âge des patients et l'évolution de l'estime de soi. Nos résultats ont mis en évidence une corrélation négative entre l'âge et l'évolution de l'estime de soi : plus le patient est âgé, moins l'estime de soi a augmenté. En effet, comme le montre la régression linéaire du graphique 8, l'évolution positive de l'estime de soi concerne les jeunes sujets (entre 79 mois et 92 mois). A partir de 95 mois, l'orthophonie n'a plus d'effet sur l'estime de soi, celle-ci évolue même de manière négative à partir de 116 mois.

Cette corrélation, bien que non significative ($c < 0.632$), est similaire avec ce que nous trouvons dans la littérature. L'estime de soi est assez élevée chez les enfants et tend à diminuer légèrement dès l'entrée à l'école primaire et de manière plus prononcée au moment de l'adolescence (Robins & Trzesniewski, 2005; Trzesniewski et al., 2003). L'estime de soi des sujets les plus âgés a baissé et cela est une évolution normale. Cependant, soulignons que l'étude de Robins n'a été faite que sur des sujets à partir de neuf ans et qui ne bégayaient pas. Comme nous supposons que le bégaiement affecte l'estime de soi, cela pourrait expliquer une baisse de celle-ci dès 95 mois (Robins & Trzesniewski, 2005). Les sujets plus jeunes sont plus sensibles vu leur trouble.

Nos résultats concordent également avec les résultats trouvés par Larkin qui affirme qu'un traitement précoce (dès l'école primaire) ciblant l'estime de soi, est efficace. D'après l'auteur, les sujets plus jeunes sont plus sensibles à ces prises en charges (Larkin & Thyer, 1999).

Deuxièmement, nous avons vérifié le lien entre les changements familiaux et l'évolution de l'estime de soi. Seulement deux sujets ont eu un changement familial (une naissance) durant l'étude. Ce changement a eu un effet négatif pour un enfant, Sh. : son score total a fortement chuté et notamment son score à l'estime de soi familial a diminué de 71%.

Les changements familiaux sont des événements perturbateurs pour les enfants. Leur capacité à gérer les émotions dépend de l'explication donnée par les parents. Cette explication a un effet sur l'estime de soi prouvé dans l'étude de Harris (Harris et al., 2017). L'estime de soi est fortement influencée par les interactions familiales qui en permettent un développement sain. Les discussions parents-enfants sont essentielles, cela apprend à l'enfant à comprendre les différentes émotions et ainsi il ne s'auto-attribue pas les changements qui peuvent le perturber (Harris et al., 2017, 2015).

Les conclusions des études de Harris pourraient justifier les résultats que nous avons obtenus. Nous ne savons pas comment la famille a annoncé et géré la nouvelle naissance, cela pourrait donc avoir un impact sur l'estime de soi familiale.

D'après une analyse qualitative des questionnaires, nous avons aussi relevé que le facteur familial est prégnant pour d'autres enfants. En effet, deux sujets, dont un sans changement familial, justifient

leur réponse par ce qui se passe à la maison : la fratrie, l'écoute de leurs parents et le temps que les parents dégagent pour l'enfant (Tableau 8). Et nous avons relevé que ce sont les seuls enfants qui ont eu une baisse de l'estime de soi familiale (-5 et -2 points à cette sous-échelle).

Les comportements parentaux ont un effet sur la construction de l'estime de soi, l'enfant a besoin de recevoir de l'attention et de l'approbation de la part de ses parents. Ces facteurs décrits dans l'étude de Felson confortent notre analyse : l'environnement familial (le favoritisme envers les frères et sœurs, les exigences parentales, l'attention portée et le temps dédié à l'enfant) est une variable importante dans l'évaluation et le développement de l'estime de soi (Felson & Zielinski, 1989; Román, Cuestas, & Fenollar, 2008). De plus, nous pouvons associer ces résultats à ceux obtenus dans le tableau 7, une naissance peut faire varier les facteurs annoncés par Felson.

La pression et l'environnement familial peuvent être à l'origine d'une baisse de l'estime de soi.

Pour conclure, nous avons effectué une étude sur neuf sujets qui bégayaient de 6 ans 3 mois à 10 ans 3 mois. Nous leur avons fait passer l'IES en deux temps, pré et post thérapie orthophonique, afin d'étudier l'évolution de l'estime de soi. Nous voulions vérifier que la prise en charge orthophonique avait un effet positif sur l'estime de soi des enfants qui bégayaient. Dans cette étude nous avons également analysé les différents facteurs d'influence de l'estime de soi possibles.

Nous avons mis en évidence que la prise en charge orthophonique n'influait pas de manière significative l'estime de soi. Notre étude donne des profils d'évolution très hétérogènes. Même si la thérapie a donné des résultats positifs concernant le bégaiement, elle n'a pas eu d'impact significatif sur l'estime de soi. Le domaine social est le plus altéré chez les personnes qui bégayaient et, sans une prise en charge ciblée, l'estime de soi sociale ne s'améliore pas. Le temps global de prise en charge orthophonique n'est pas corrélé avec l'évolution de l'estime de soi, tandis que le nombre de séances effectuées influe de manière négative sur l'estime de soi.

Nous avons aussi montré que l'environnement familial est un facteur d'influence de l'estime de soi important et présent chez plusieurs sujets mais notre étude ne met pas en avant de manière significative cet aspect. L'âge, quant à lui, est un facteur d'influence négatif de l'estime de soi, plus les sujets sont âgés plus l'estime de soi baisse.

Néanmoins, nous nuancions ces propos car la population de notre étude est en nombre restreint pour obtenir des résultats significatifs. Et le temps de notre étude est également trop court compte tenu de la construction progressive de l'estime de soi.

Du point de vue de la recherche, il est intéressant de poursuivre cette étude car l'estime de soi des enfants qui bégaiement est un domaine peu présent dans la littérature scientifique. L'étude pourrait être reprise avec une cohorte d'enfants plus importante. L'estime de soi étant un concept en plein développement durant l'enfance et dynamique, une étude longitudinale des sujets serait intéressante à faire, avec plus de temps intermédiaires d'évaluation pour objectiver la progression de l'estime de soi. Il serait aussi intéressant de mener cette étude chez des enfants plus âgés, afin de voir si les réponses données sont plus globales que les chez les jeunes enfants, pour qui leur réponses sont liées à un vécu proche. Cette étude pourrait également être conduite chez des sujets adultes qui bégaiement, l'IES le permet et cela permettrait de faire le lien avec les recherches sur l'anxiété sociale principalement menée chez des adultes.

Du point de vue clinique, l'estime de soi est définitivement un concept à prendre en compte dans la rééducation du bégaiement. Il serait judicieux que les orthophonistes incluent des séances ciblées sur l'acceptation et la perception de soi au sein de leur travail sur la parole. Cette prise en charge plus complète améliorerait le bien-être et la qualité de vie des enfants qui bégaiement.

BIBLIOGRAPHIE

- Alm, P. A. (2004). Stuttering, emotions, and heart rate during anticipatory anxiety: a critical review. *Journal of Fluency Disorders*, 29(2), 123-133. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2004.02.001>
- Alm, P. A. (2014). Stuttering in relation to anxiety, temperament, and personality: review and analysis with focus on causality. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 5-21. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2014.01.004>
- André, C., & Lelord, F. (2008). *L'estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres* (Odile Jacob).
- Andrews, C., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., Menzies, R., & Lowe, R. (2016). Phase II trial of a syllable-timed speech treatment for school-age children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 48, 44-55. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2016.06.001>
- Association parole bégaiement, & Vincent, E. (Éd.). (2009). *Image de soi, regard de l'autre chez le sujet bègue*. Paris: L'Harmattan.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1-44. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01431>
- Blood, G. W., & Blood, I. M. (2016). Long-term Consequences of Childhood Bullying in Adults who Stutter: Social Anxiety, Fear of Negative Evaluation, Self-esteem, and Satisfaction with Life. *Journal of Fluency Disorders*, 50, 72-84. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2016.10.002>
- Blood, G. W., Blood, I. M., Tellis, G., & Gabel, R. (2001). Communication apprehension and self-perceived communication competence in adolescents who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 26(3), 161-178. [https://doi.org/10.1016/S0094-730X\(01\)00097-3](https://doi.org/10.1016/S0094-730X(01)00097-3)

- Blood, G. W., Blood, I. M., Tellis, G. M., & Gabel, R. M. (2003). A preliminary study of self-esteem, stigma, and disclosure in adolescents who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 28(2), 143-158; quiz 158-159.
- Blood, G. W., Blood, I. M., Tramontana, G. M., Sylvia, A. J., Boyle, M. P., & Motzko, G. R. (2011). Self-Reported Experience of Bullying of Students Who Stutter: Relations with Life Satisfaction, Life Orientation, and Self-Esteem. *Perceptual and Motor Skills*, 113(2), 353-364. <https://doi.org/10.2466/07.10.15.17.PMS.113.5.353-364>
- Bloodstein, O., & Ratner, N. B. (2008). *An handbook of Stuttering* (6th éd.). Clifton Park, NY : Thomson Delmar Learning.
- Blumgart, E., Tran, Y., & Craig, A. (2010). Social anxiety disorder in adults who stutter. *Depression and Anxiety*, 27(7), 687-692. <https://doi.org/10.1002/da.20657>
- Boberg, E., & Kully, D. (1994). Long-Term Results of an Intensive Treatment Program for Adults and Adolescents Who Stutter. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 37(5), 1050. <https://doi.org/10.1044/jshr.3705.1050>
- Boucand, V., & Mondoloni, C. (2009). *Le bégaiement de l'enfant: sa prise en charge*. Isbergues, France: Ortho édition.
- Boyle, M. P. (2013). Assessment of stigma associated with stuttering: development and evaluation of the self-stigma of stuttering scale (4S). *Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR*, 56(5), 1517-1529. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2013/12-0280\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2013/12-0280))
- Boyle, M. P., Blood, G. W., & Blood, I. M. (2009). Effects of perceived causality on perceptions of persons who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 34(3), 201-218. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.09.003>
- Brocklehurst, P. (2016, novembre 24). *Stammering and post-traumatic stress – some food for thought*.

- Brown, L., Wilson, L., Packman, A., Halaki, M., Onslow, M., & Menzies, R. (2016). An investigation of the effects of a speech-restructuring treatment for stuttering on the distribution of intervals of phonation. *Journal of Fluency Disorders*, *50*, 13-22. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2016.09.001>
- Caughter, S., & Crofts, V. (2018). Nurturing a Resilient Mindset in School-Aged Children Who Stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *27*(3S), 1111-1123. https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-ODC11-17-0189
- Cavadel, E. W., & Frye, D. A. (2017). Not just numeracy and literacy: Theory of mind development and school readiness among low-income children. *Developmental Psychology*, *53*(12), 2290-2303. <https://doi.org/10.1037/dev0000409>
- Chiu, L.-H. (1985). The Reliability and Validity of the Coopersmith Self-Esteem Inventory-Form B.
- Clark, C. E., Conture, E. G., Frankel, C. B., & Walden, T. A. (2012). Communicative and psychological dimensions of the KiddyCAT. *Journal of Communication Disorders*, *45*(3), 223-234. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2012.01.002>
- Dickstein, E. (1977). Self and Self-Esteem: Theoretical Foundations and Their Implications for Research. *Human Development*, *20*(3), 129-140. <https://doi.org/10.1159/000271552>
- Eggers, K., De Nil, L. F., & Van den Bergh, B. R. H. (2010). Temperament dimensions in stuttering and typically developing children. *Journal of Fluency Disorders*, *35*(4), 355-372. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2010.10.004>
- Felson, R. B., & Zielinski, M. A. (1989). Children's Self-Esteem and Parental Support. *Journal of Marriage and the Family*, *51*(3), 727. <https://doi.org/10.2307/352171>
- Georgieva, D., Stoilova, R., Georgieva, D., & Stoilova, R. (2018). A clinical training model for students: intensive treatment of stuttering using prolonged speech. *CoDAS*, *30*(5). <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182017259>

- Gregory, H., & Hill, D. (1980). Stuttering Therapy for Children. *Seminars in Hearing*, 1(04), 351-362. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1095211>
- Guitar, B. (2014). *Stuttering: an integrated approach to its nature and treatment*. Philadelphia, France.
- Guttormsen, L. S., Kefalianos, E., & Næss, K.-A. B. (2015). Communication attitudes in children who stutter: A meta-analytic review. *Journal of Fluency Disorders*, 46, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2015.08.001>
- Harley, J. (2018). The Role of Attention in Therapy for Children and Adolescents Who Stutter: Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Interventions. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(3S), 1139-1151. https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-ODC11-17-0196
- Harris, M. A., Donnellan, M. B., Guo, J., McAdams, D. P., Garnier-Villarreal, M., & Trzesniewski, K. H. (2017). Parental Co-Construction of 5- to 13-Year-Olds' Global Self-Esteem Through Reminiscing About Past Events. *Child Development*, 88(6), 1810-1822. <https://doi.org/10.1111/cdev.12944>
- Harris, M. A., Gruenenfelder-Steiger, A. E., Ferrer, E., Donnellan, M. B., Allemand, M., Fend, H., ... Trzesniewski, K. H. (2015). Do Parents Foster Self-Esteem? Testing the Prospective Impact of Parent Closeness on Adolescent Self-Esteem. *Child Development*, 86(4), 995-1013. <https://doi.org/10.1111/cdev.12356>
- Harter, S. (2015). Self-Development in Childhood and Adolescence. In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (p. 492-497). <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.23019-5>
- Hartley, M. T., Bauman, S., Nixon, C. L., & Davis, S. (2015). Comparative Study of Bullying Victimization Among Students in General and Special Education. *Exceptional Children*, 81(2), 176-193. <https://doi.org/10.1177/0014402914551741>

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Healey, E. C. (2008). Speak Freely: Essential Speech Skills for School-Age Children Who Stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 33(2), 156-158. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2008.05.001>
- Helgadóttir, F. D., Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A., & O'Brian, S. (2014). A standalone Internet cognitive behavior therapy treatment for social anxiety in adults who stutter: CBTpsych. *Journal of Fluency Disorders*, 41, 47-54. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2014.04.001>
- Hicks, P. R. (2016). *BÉGAIEMENT : L'ANALOGIE AVEC UN ICEBERG DE JOSEPH SHEEHAN*. 12.
- Iverach, L., Jones, M., O'Brian, S., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., ... Onslow, M. (2009). The relationship between mental health disorders and treatment outcomes among adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 34(1), 29-43. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.02.002>
- Iverach, L., & Rapee, R. M. (2014). Social anxiety disorder and stuttering: current status and future directions. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 69-82. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.08.003>
- Kell, C. A., Neumann, K., von Kriegstein, K., Posenenske, C., von Gudenberg, A. W., Euler, H., & Giraud, A.-L. (2009). How the Brain Repairs Stuttering. *Brain*, 132(10), 2747-2760. <https://doi.org/10.1093/brain/awp185>
- Kemerdere, R., de Champfleury, N. M., Deverdun, J., Cochereau, J., Moritz-Gasser, S., Herbet, G., & Duffau, H. (2016). Role of the left frontal aslant tract in stuttering: a brain stimulation and tractographic study. *Journal of Neurology*, 263(1), 157-167. <https://doi.org/10.1007/s00415-015-7949-3>

- Klotz, R. (1995). *La relaxation statico-dynamique*. L'Esprit du temps.
- Laiho, A., & Klippi, A. (2007). Long- and short-term results of children's and adolescents' therapy courses for stuttering. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 42(3), 367-382. <https://doi.org/10.1080/13682820600939028>
- Larkin, R., & Thyer, B. A. (1999). Evaluating cognitive-behavioral group counseling to improve elementary school students' self-esteem, self-control, and classroom behavior. *Behavioral Interventions*, 14(3), 147-161.
- Le Huche, F., & Allali, A. (1984). *La voix anatomie et physiologie, pathologie, thérapeutique*. 3, 3., Paris; New York; Barcelone: Masson.
- Ledoux, J. (1994). Cognitive-emotional interactions in the brain. *The Nature of Emotion: Fundamental Questions*.
- Linklater, K., & Slob, A. (2006). *Freeing the natural voice: imagery and art in the practice of voice and language* (Rev. and expanded [ed.]). London: Nick Hern.
- Liu, M., Wu, L., & Ming, Q. (2015). How Does Physical Activity Intervention Improve Self-Esteem and Self-Concept in Children and Adolescents? Evidence from a Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 10(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0134804>
- Lucie Goldsmit. (1979). *Le bégaiement: approches thérapeutiques*. Bruxelles Paris: Edde l'université de Bruxelles Maloine.
- Malik, F., & Marwaha, R. (2018). Development, Stages of Social Emotional Development In Children. In *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- Marsh, H. W. (1990). A multidimensional, hierarchical model of self-concept: Theoretical and empirical justification. *Educational Psychology Review*, 2(2), 77-172. <https://doi.org/10.1007/BF01322177>
- McAllister, J. (2016). Behavioural, emotional and social development of children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 50, 23-32. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2016.09.003>

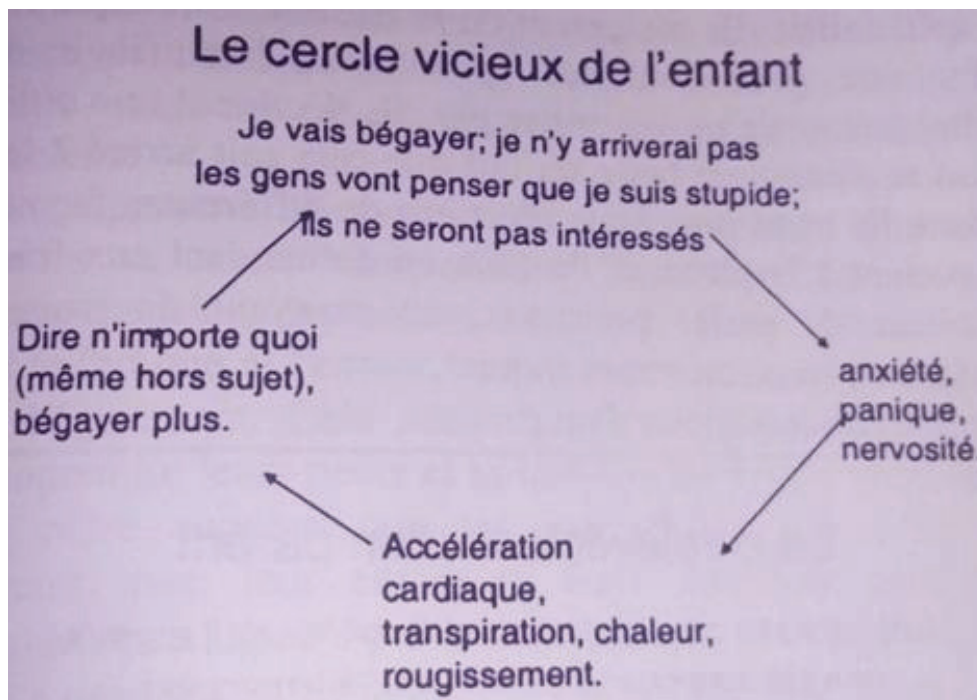
- Menzies Ross G., O'Brian Sue, Onslow Mark, Packman Ann, St Clare Tamsen, & Block Susan. (2008). An Experimental Clinical Trial of a Cognitive-Behavior Therapy Package for Chronic Stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(6), 1451-1464. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/07-0070\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008/07-0070))
- Monfrais-Pfauwadel, M.-C. (2014). *Bégaiement, bégaiements*: Paris, France, Belgique: De Boeck-Solal, DL 2014.
- Monteagudo, E., Sawyer, J., & Sivek-Eskra, A. (2017). The effects of actors vocal exercises for relaxation on fluency: A preliminary study. *Journal of Fluency Disorders*, 54, 50-57. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.09.005>
- Mulcahy, K., Hennessey, N., Beilby, J., & Byrnes, M. (2008). Social anxiety and the severity and typography of stuttering in adolescents. *Journal of Fluency Disorders*, 33(4), 306-319. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2008.12.002>
- Murphy, W. P., & Quesal, R. W. (2002). Strategies for Addressing Bullying with the School-Age Child Who Stutters. *Seminars in Speech and Language*, 23(3), 205-212. <https://doi.org/10.1055/s-2002-33754>
- Murphy, W. P., Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2007). Enhancing treatment for school-age children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 32(2), 121-138. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2007.02.002>
- Nil, L. F. D., Beal, D. S., Lafaille, S. J., Kroll, R. M., Crawley, A. P., & Gracco, V. L. (2008). The effects of simulated stuttering and prolonged speech on the neural activation patterns of stuttering and nonstuttering adults. *Brain and Language*, 107(2), 114-123. <https://doi.org/10.1016/j.bandl.2008.07.003>
- Nippold, M. A., & Packman, A. (2012). Managing Stuttering Beyond the Preschool Years. *Language Speech and Hearing Services in Schools*, 43(3), 338. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2012/12-0035\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2012/12-0035))

- Orth, U., Maes, J., & Schmitt, M. (2015). Self-esteem development across the life span: A longitudinal study with a large sample from Germany. *Developmental Psychology*, *51*(2), 248-259. <https://doi.org/10.1037/a0038481>
- Orth, U., & Robins, R. W. (2014). The Development of Self-Esteem. *Current Directions in Psychological Science*, *23*(5), 381-387. <https://doi.org/10.1177/0963721414547414>
- Parole Bégaiement. (2013). *bégaiement et isolement - lettre n°65*. Association Parole bégaiement.
- Piérart - Bernadette. (2011). *Les bégaiements de l'adulte*. Wavre: Mardaga.
- Rassart, F., & Despret, M. P. (2014). L'apport de la pleine conscience dans la thérapie du bégaiement: de la théorie au vécu personnel. *ANAE*, (130).
- Robins, R. W., & Trzesniewski, K. H. (2005). Self-Esteem Development Across the Lifespan. *Current Directions in Psychological Science*, *14*(3), 158-162. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00353.x>
- Román, S., Cuestas, P. J., & Fenollar, P. (2008). An examination of the interrelationships between self-esteem, others' expectations, family support, learning approaches and academic achievement. *Studies in Higher Education*, *33*(2), 127-138. <https://doi.org/10.1080/03075070801915882>
- Scheurich, J. A., Beidel, D. C., & Vanryckeghem, M. (2019). Exposure therapy for social anxiety disorder in people who stutter: An exploratory multiple baseline design. *Journal of Fluency Disorders*, *59*, 21-32. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2018.12.001>
- Sheehan, J. G. (1970). *Stuttering: research and therapy*. New York, Etats-Unis d'Amérique: Harper & Row,.
- Smith, A., & Weber, C. (2016). Childhood Stuttering – Where are we and Where are we going? *Seminars in speech and language*, *37*(4), 291-297. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1587703>

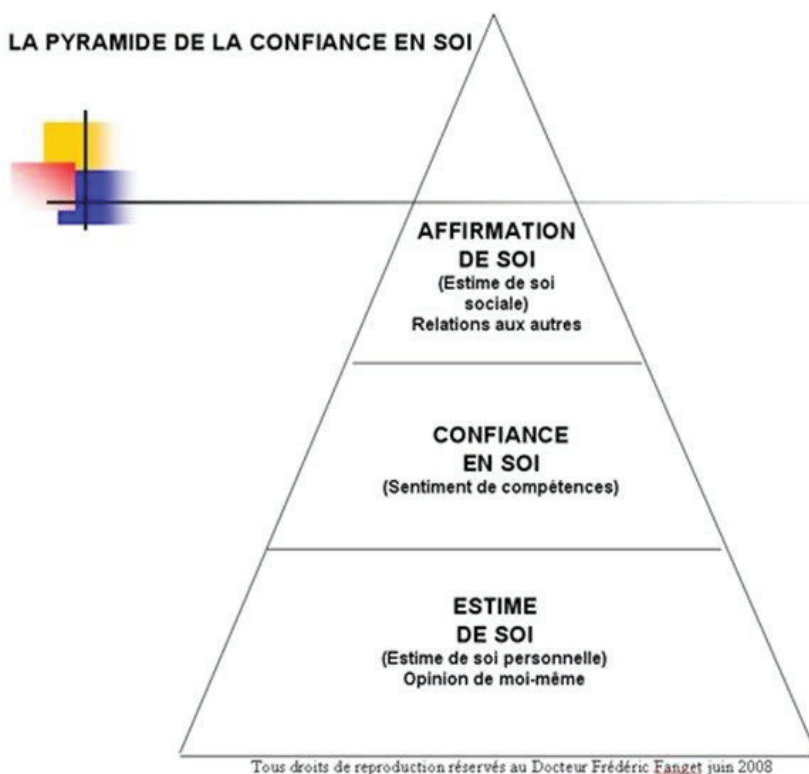
- Smith, A., & Weber, C. (2017). How Stuttering Develops: The Multifactorial Dynamic Pathways Theory. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR*, 60(9), 2483-2505. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0343
- Sroufe, L. A. (2002). *From infant attachment to promotion of adolescent autonomy: Prospective, longitudinal data on the role of parents in development.*
- Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., & Robins, R. W. (2003). Stability of self-esteem across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(1), 205-220. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.1.205>
- Van Riper, C. (1973). *The treatment of stuttering.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Wagner, J., Lüdtke, O., Robitzsch, A., Göllner, R., & Trautwein, U. (2018). Self-esteem development in the school context: The roles of intrapersonal and interpersonal social predictors. *Journal of Personality*, 86(3), 481-497. <https://doi.org/10.1111/jopy.12330>
- Wisner, B. L., Jones, B., & Gwin, D. (2010). School-based Meditation Practices for Adolescents: A Resource for Strengthening Self-Regulation, Emotional Coping, and Self-Esteem. *Children & Schools*, 32(3), 150-159. <https://doi.org/10.1093/cs/32.3.150>
- Yairi, E., & Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38(2), 66-87. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.11.002>
- Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2004). Stuttering and the International Classification of Functioning, Disability, and Health: an update. *Journal of Communication Disorders*, 37(1), 35-52. [https://doi.org/10.1016/S0021-9924\(03\)00052-2](https://doi.org/10.1016/S0021-9924(03)00052-2)
- Yaruss, J. S., Reeves, N., & Herring, C. (2018). How Speech–Language Pathologists Can Minimize Bullying of Children Who Stutter. *Seminars in Speech and Language*, 39(04), 342-355. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1667163>

ANNEXES

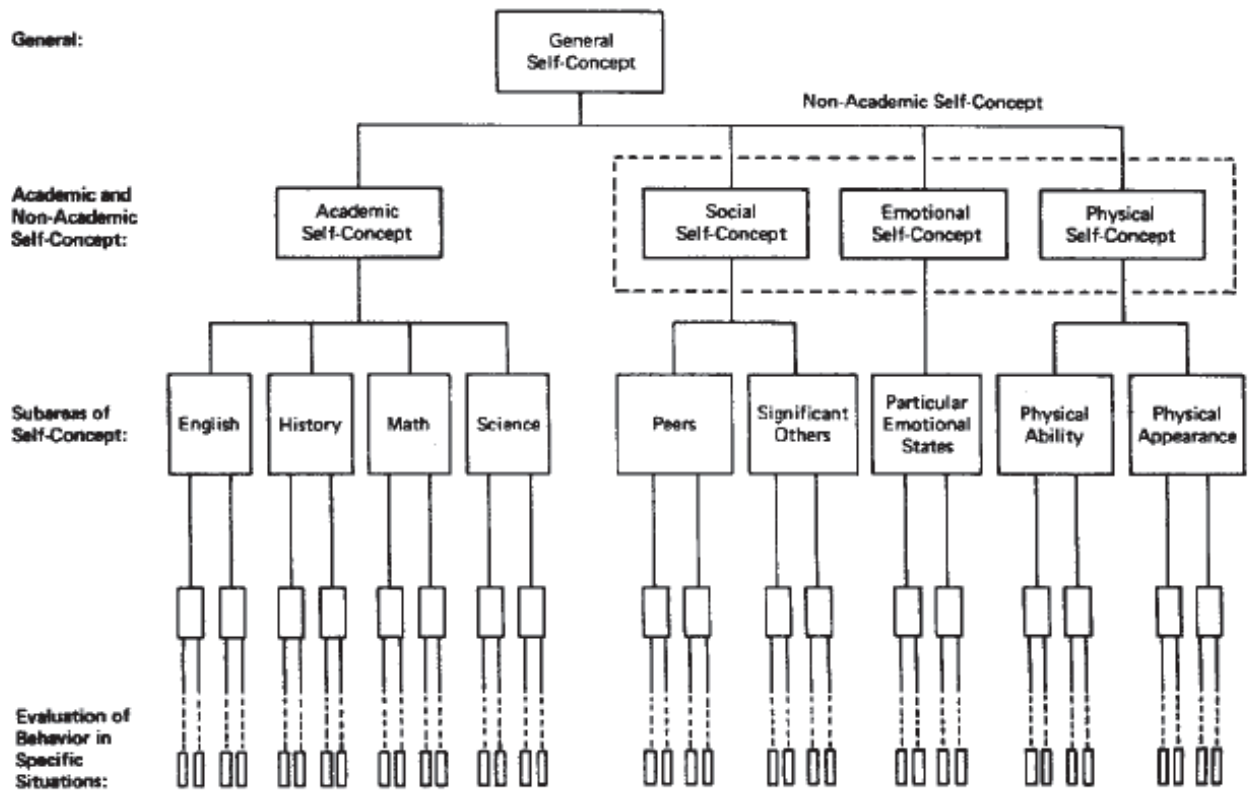
Annexe 1 : Cercle vicieux de l'enfant, NHS Londres, Ali Berquez (2009)



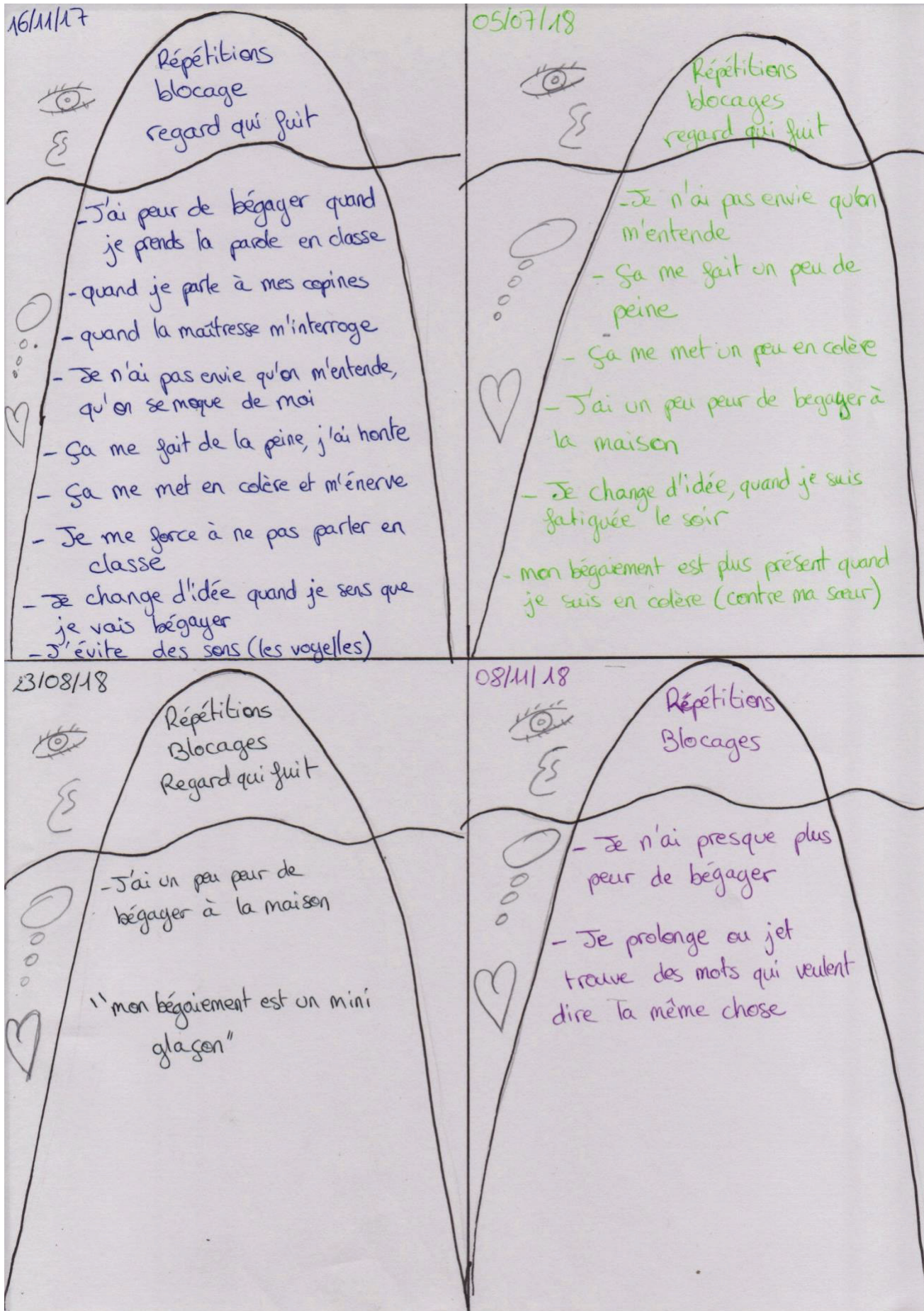
Annexe 2 : Pyramide de la confiance en soi, F.Fanget (2008)



Annexe 3: Model of self-concept, Shavelson et al. (1976)



Annexe 4: Exemple de l'évolution d'un iceberg d'une patiente



DATE :

Evolution de l'estime de soi
chez les enfants qui
bégaièrent, d'âge scolaire,
dans le cadre d'une prise en
charge orthophonique.

Mémoire d'orthophonie de fin d'étude, par Margot
Chantrel

Ce questionnaire est distribué dans le cadre de mon mémoire de fin d'études d'orthophonie : « évolution de l'estime de soi chez les enfants qui bégaiement, dans le cadre d'une prise en charge orthophonique »

Je souhaite recueillir des informations sur l'enfant et lui proposer le questionnaire de Coopersmith concernant l'estime de soi.

Pour compléter mes analyses, j'aurais besoin d'informations supplémentaires sur votre enfant. Ces informations seront rendues anonymes.



INSTRUCTIONS

Dans ce questionnaire je vais te poser des questions sur toi, l'école et ton bégaiement et ce que tu ressens.

Il n'y a pas de réponses justes ou fausses, ce n'est pas un examen.

Réponds le plus honnêtement possible aux questions.

Ce questionnaire est anonyme, uniquement Mme Agullo (orthophoniste) et moi-même aurons accès à tes réponses, ces dernières resteront confidentielles.

MERCI !

QUESTIONNAIRE

Nom :

Prénom :

Age :

1- Je suis :

Une fille

Un garçon

2- Quel est le prénom et l'âge de tes frères et sœurs, si tu en as?

3- Tu es en quelle classe ?

CP

CE1

CE2

CM1

CM2

4- Décris-moi ton bégaiement en quelques mots :

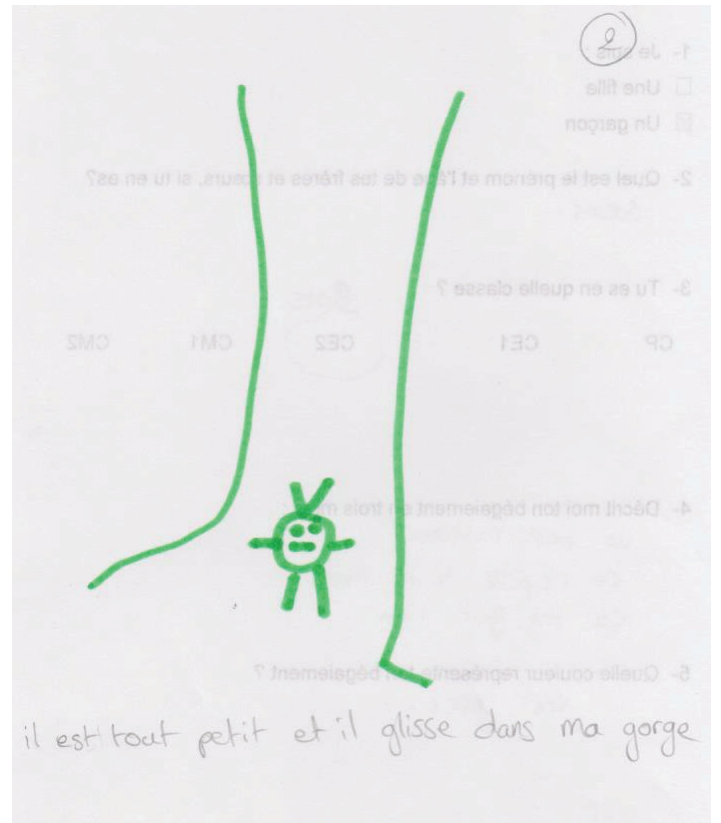
5- Quelle couleur représente ton bégaiement ?

6- Dessine-moi ton bégaiement

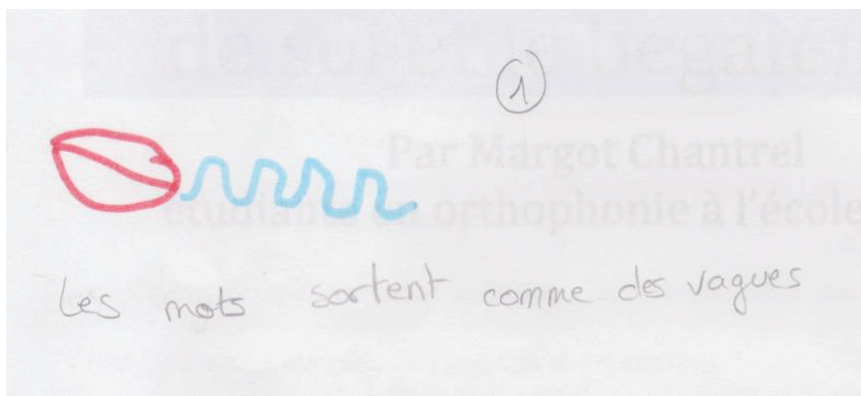
Annexe 6 : exemples de dessins des enfants



Dessin T1



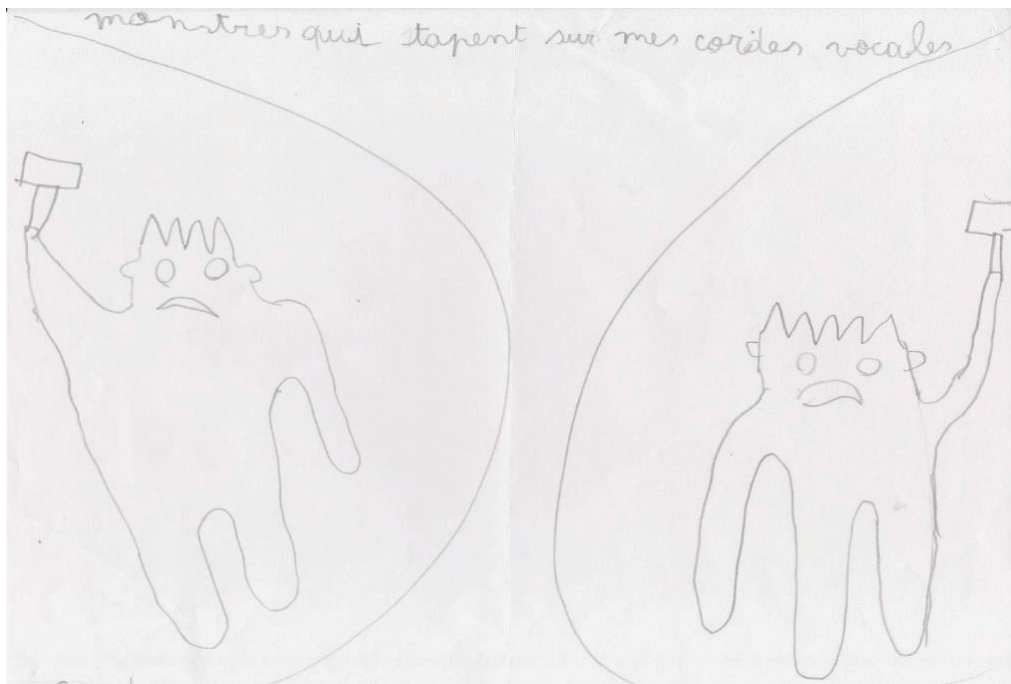
Dessin T2



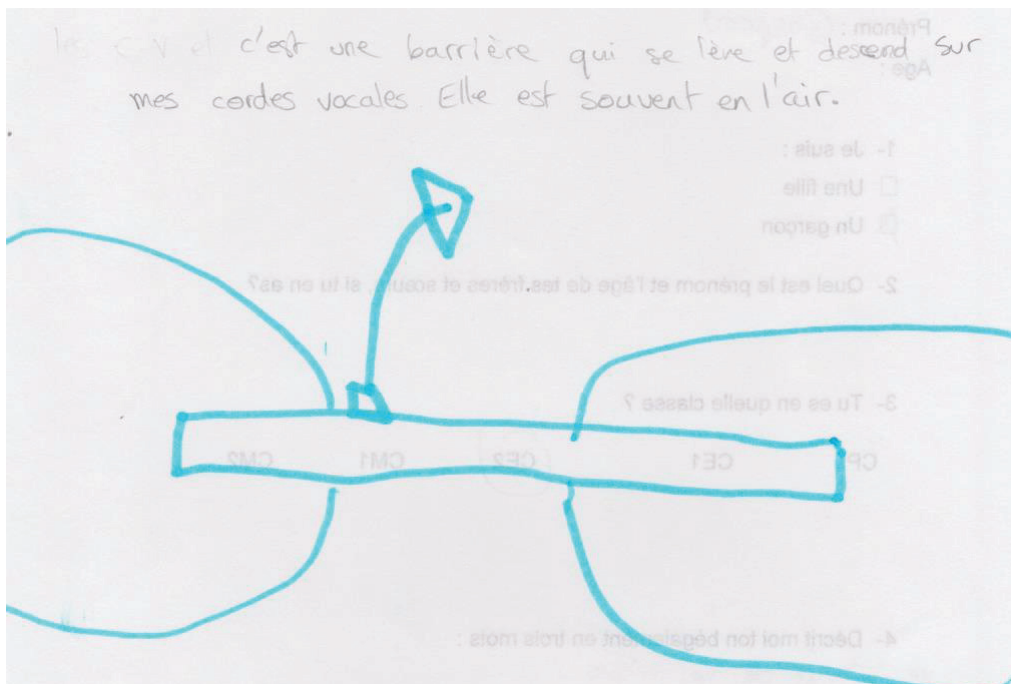
Dessin T1



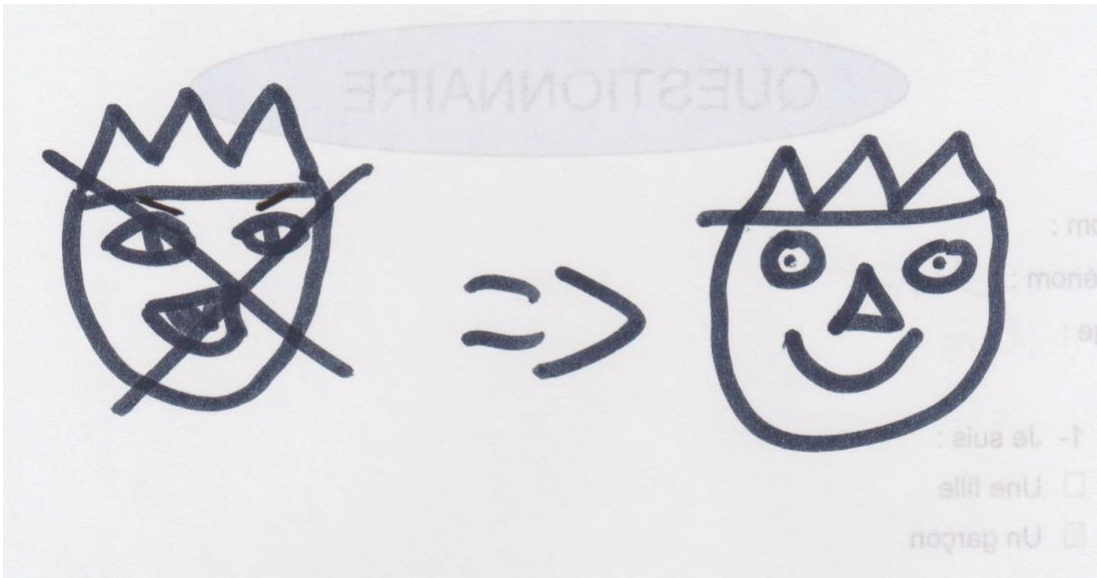
Dessin T2



Dessin T1



Dessin T2



Dessin T1 et T2

Margot Chantrel

Titre : EVOLUTION DE L'ESTIME DE SOI CHEZ LES ENFANTS QUI BEGAIENT, D'AGE SCOLAIRE, DANS LE CADRE D'UNE PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE

Résumé :

Si le trouble de la fluence est le signe majeur du bégaiement, la part émotionnelle est fortement liée à ce trouble. L'estime de soi, est une composante importante de la construction de soi et se développe durant l'enfance, or c'est une notion peu étudiée. Le but de notre étude était de montrer que la prise en charge orthophonique, centrée sur le bégaiement, pourrait améliorer l'estime de soi. Nous avons inclus neuf enfants qui bégaièrent âgés de 6,3 à 10,3 ans. L'évolution de l'estime de soi a été analysée, après un an de prise en charge, via l'Inventaire d'Estime de Soi de Coopersmith.

Nos résultats ont montré que l'estime de soi totale a augmenté pour 44% de la population, mais de manière non significative. L'estime de soi sociale a diminué, significativement, après un an de rééducation (66% de baisse, $p=0.02$). Une corrélation négative, non significative, entre le nombre de séance et l'augmentation de l'estime de soi a été mise en avant par l'étude. L'âge influence négativement l'estime de soi. Nos résultats ont mis en exergue un lien entre un environnement familial fragile et une baisse de l'estime de soi.

Ces tendances sont à prendre en compte par les orthophonistes, cela permet d'enrichir les séances et ainsi d'améliorer la qualité de vie de ces patients. Ce protocole pourrait être repris dans d'autres études avec une cohorte plus importante et/ ou comprenant un temps d'étude plus long.

Mots clés : Bégaiement, Prise en charge, Orthophonie, Estime de soi, Evolution

Abstract:

If fluence disorder is the major part of stuttering, the emotional part is strongly linked to this disorder. Self-esteem is an important component of self-building and develops during childhood, but it is a concept that is not well studied. The purpose of our study was to show that speech therapy, with focus on stuttering, could improve self-esteem. We included nine children who stuttered from 6.3 to 10.3 years old. The change in self-esteem was analyzed, after one year of therapy, using the Coopersmith's Self Esteem Inventory.

Our results showed that total self-esteem increased for 44% of the population, but not significantly. Social self-esteem decreased significantly after one year of rehabilitation (66% decrease, $p=0.02$). A negative, non-significant, correlation between the number of sessions and the increase in self-esteem was highlighted by the study. Age negatively influences self-esteem. Our results showed a link between a fragile family environment and a decrease in self-esteem.

These results must be taken into account by speech therapists, which enriches the sessions and thus improves the quality of life of these patients. This protocol could be used in other studies with a larger cohort and/or a longer study time.

Keywords: Stuttering, Therapy, Speech therapy, Self-esteem, Change