



College of Audiologists and
Speech-Language Pathologists of Ontario

Ordre des Audiologistes et
des Orthophonistes de l'Ontario

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE SUR LE BÉGAIEMENT DÉVELOPPEMENTAL

3080, rue Yonge, bureau 5060, C.P. 71
Toronto, Ontario M4N 3N1
416-975-5347 1-800-993-9459
www.caslpo.com

Date d'approbation: Mars 2005
Nouvelle mise en page : juin 2014

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	1
A) AVANT-PROPOS	2
B) DÉFINITION DU SERVICE.....	3
INCIDENCE ET PRÉVALENCE	3
PHILOSOPHIE DU SERVICE.....	4
C) CHAMP DE PRATIQUE	6
D) RESSOURCES NÉCESSAIRES	7
E) EXIGENCES EN MATIÈRE DE COLLABORATION.....	9
F) PRÉCAUTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET SÉCURITÉ	11
H) COMPOSANTES DE LA PRESTATION DES SERVICES	12
1. CONSENTEMENT.....	12
2. DÉTERMINATION DES RISQUES À GÉRER.....	13
3. PROCÉDURES : CONTINUUM DE SOINS	15
3. PROCÉDURES : DÉPISTAGE	17
3. Procédures : Évaluation.....	19
3. PROCÉDURES : PRISE EN CHARGE.....	22
3. Procédures : PARTICIPATION D'AUTRES PERSONNES.....	26
3. Procédures : Planification du congé.....	27
J) DOCUMENTATION	28
K) GLOSSAIRE ET TERMINOLOGIE COURANTE	29
L) Questions fréquentes	35
I) RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE	38

RÉSUMÉ

Le présent document décrit les normes de pratique que tous les orthophonistes en Ontario doivent suivre lorsqu'ils donnent des services aux personnes atteintes de bégaiement. L'orthophoniste doit avoir les connaissances, les compétences et les ressources nécessaires pour effectuer le dépistage, l'évaluation et la prise en charge des troubles de bégaiement, ce qui fait partie de son champ de pratique. Cela comprend obtenir un consentement éclairé valide; déterminer les besoins du patient/client; effectuer une évaluation des risques à gérer et mettre en œuvre et surveiller un programme de prise en charge du bégaiement en collaboration avec le patient/client comme il est décrit dans la section « Composantes de la prestation des services ». Tout au long du continuum de soins, l'orthophoniste doit fournir des renseignements, agir en tant que personne-ressource et donner au patient/client ou au mandataire spécial la possibilité de prendre des décisions éclairées au sujet de l'intervention. L'orthophoniste doit fournir des services adaptés aux besoins culturels et linguistiques des patients/clients et de leurs familles. L'orthophoniste doit documenter toutes les composantes de l'intervention liée au bégaiement.

A) AVANT-PROPOS

Les normes et lignes directrices de pratique (NLDP) veillent à ce que les orthophonistes offrent des soins de qualité à la population ontarienne. Ces NLDP visent à donner aux orthophonistes en Ontario un aperçu du processus d'évaluation et de prise en charge et à éclairer la prise de décisions responsables relatives à la prestation de services liés au bégaiement. Ces NLDP sont conçues pour être utilisées en tant que cadre pour la prise de décisions. Elles ne visent pas à servir de guide d'initiation aux services ni à fournir aux orthophonistes toute l'information dont ils auront besoin pour exercer dans le domaine du bégaiement.

Ces NLDP se composent principalement d'énoncés d'actions obligatoires qui sont des normes que les membres de l'Ordre doivent suivre dans toutes les situations. Dans certains cas, il s'agira d'actions établies et prévues dans une loi ou dans un document de l'Ordre. Dans d'autres cas, les énoncés d'actions obligatoires décrivent des normes établies pour la première fois dans les présentes NLDP.

Les énoncés d'actions souhaitables avec le verbe « devrait » décrivent des pratiques exemplaires (appelées aussi meilleures pratiques). Les membres doivent suivre ces lignes directrices de pratiques exemplaires dans la mesure du possible. La mention d'une recommandation particulière dans les présentes NLDP n'est pas nécessairement une indication que la pratique repose sur des données probantes découlant de recherches de haut niveau (provenant d'essais cliniques randomisés). Il faut plutôt y voir une indication que les lignes directrices reposent sur les données probantes actuelles jugées les meilleures d'après une revue globale des écrits de recherche (allant de rapports sur des cas isolés à des examens systématiques), l'opinion d'experts et l'expérience d'orthophonistes qui offrent des services aux patients/clients.

Lorsque l'orthophoniste envisagera de s'écarter de ces normes et lignes directrices, il devra faire preuve de jugement professionnel et tenir compte de l'environnement ainsi que des besoins du patient/client. L'orthophoniste doit documenter toute dérogation aux présentes normes et lignes directrices et être prêt à les justifier entièrement.

B) DÉFINITION DU SERVICE

Le bégaiement développemental est un trouble de production du langage au cours duquel le débit naturel de la parole est perturbé par la répétition involontaire de sons, de syllabes ou de mots, des prolongations de sons, des blocages ou des pauses. Le bégaiement développemental prend naissance durant l'enfance et n'est pas attribuable à une maladie ou à une lésion cérébrale.

Les présentes NLDP visent les patients/clients de tout âge qui peuvent avoir besoin de services d'orthophonie en raison d'un bégaiement développemental, d'après leurs besoins émotifs, sociaux, professionnels, éducatifs, de santé et de communication. Les critères de l'intervention sont l'identification d'un trouble de la fluidité verbale ou du développement potentiel d'un trouble nuisant à la pleine activité ou à la pleine participation aux interactions de la communication.

Le bégaiement, par nature, varie dans le temps, selon les situations et les variables linguistiques. Les dysfluidités normales existent chez tous les locuteurs et, plus fréquemment, chez les enfants, ce qui rend parfois difficile la différenciation entre la dysfluidité normale et le bégaiement. Voici une liste de dysfluidités moins courantes et plus susceptibles d'être considérées comme un bégaiement :

- les répétitions excessives, en particulier lorsque les unités de répétition sont des syllabes ou des sons par opposition à des mots complets ou des phrases;
- les prolongations de sons;
- les blocages laryngiens, articulatoires ou respiratoires.

Ces dysfluidités peuvent également s'accompagner de signes d'un effort ou d'une tension physique et sont habituellement considérés comme des comportements secondaires ou accessoires. Ils peuvent se manifester par un clignotement d'yeux, une augmentation de la tonalité ou de l'intensité de la voix, des grimaces, etc. De plus, les réactions moins observables ou cachés du patient/client face à son bégaiement peuvent devenir une partie significative du trouble. Ces réactions contribuent également au trouble de communication et peuvent inclure :

- l'évitement de certains mots et situations;
- la peur et l'anticipation;
- les sentiments de perte de contrôle.

Les présentes normes et lignes directrices de pratique (NLDP) portent sur le bégaiement développemental, mais pourraient également s'appliquer à d'autres troubles de la fluidité.

INCIDENCE ET PRÉVALENCE

Le taux de prévalence du bégaiement développemental a été estimé à 1 % alors que l'incidence sur toute la vie pourrait atteindre jusqu'à 5 % (Guitar, 1998). La proportion de garçons qui bégaiement est plus grande par rapport aux filles et augmente avec l'âge. Ainsi,

lors de la période préscolaire, le rapport garçons-filles qui bégaiement est de 2:1, mais il grimpe à 4:1 ou à 5:1 chez les enfants d'âge scolaire et les adultes, reflétant un rétablissement spontané différent entre les garçons et les filles (Drayna, Kilshaw et Kelly, 1999). La génétique joue un rôle important dans l'étiologie du bégaiement développemental comme le montrent les études de recherche menées auprès de faux jumeaux et de jumeaux identiques ainsi que les études sur les antécédents familiaux de bégaiement. En outre, la persistance du bégaiement et le rétablissement semblent avoir une source génétique (Yairi, Ambrose et Cox, 1997).

Le bégaiement développemental se présente à n'importe quel âge, à partir du moment où on commence à parler, habituellement durant la petite enfance, jusqu'à environ l'âge de 9 ans (Bloodstein et Bernstein-Ratner, 2007). Dans quelques cas, il débute à l'adolescence ou à l'âge adulte auquel cas il convient d'envisager la possibilité d'une maladie ou d'un traumatisme neurologique.

La probabilité d'un rétablissement diminue de façon très marquée avec l'âge; si le bégaiement persiste jusqu'à l'adolescence, le rétablissement est peu probable (Curlee, 1998). Environ 3 à 5 % des enfants bégaiement (selon la définition fournie ci-dessus), mais entre 50 à 80 % arrêteront de bégayer avant d'atteindre l'adolescence. Il existe des preuves à savoir que certaines formes de traitement précoce pourraient faciliter et favoriser le rétablissement chez les enfants (Onslow, Packman et Harrison, 2003; Lincoln et Onslow, 1997; Curlee, 1998).

Environ 1 % des adultes présentent un bégaiement persistant (Guitar, 1998). Dans la plupart des cas, ces personnes sont gravement touchées par le bégaiement et celui-ci nuit à leur fonctionnement social, éducatif, professionnel et psychologique (Corcoran et Stewart, 1998).

D'autres troubles de fluidité verbale peuvent survenir durant l'enfance ou à l'âge adulte, mais il importe de les différencier du bégaiement développemental. Ces troubles comprennent notamment le bredouillement, le bégaiement neurologique acquis et le bégaiement psychogène acquis (voir le glossaire). Comme les troubles de fluidité verbale peuvent être un signe précoce ou singulier d'une maladie ou d'un traumatisme neurologique, il est important d'orienter la personne vers les ressources médicales appropriées afin de faire évaluer complètement tout bégaiement qui s'installe à l'âge adulte.

PHILOSOPHIE DU SERVICE

Ces lignes directrices de pratique se veulent conformes à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2001). Cette conformité à la CIF vise à favoriser le recours à une terminologie uniforme au sein des disciplines de la santé (Eadie, 2001; Threats, 2002). Il importe de reconnaître la nature multidimensionnelle du bégaiement développemental, telle qu'identifiée dans le modèle de l'OMS, dans les descriptions du trouble comme nous l'avons fait dans le tableau ci-dessous.

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE SUR LE BÉGAIEMENT DÉVELOPPEMENTAL

Dimension	Définition	Exemples s'appliquant au bégaiement
Déficiência	Problèmes au niveau des structures et/ou des fonctions du corps tels qu'une perte ou un écart important	Perturbation ou inhibition de l'expression verbale due à des dysfluidités involontaires ou anticipées dans le déroulement de la parole
Activités/ Participation	Aspects du fonctionnement du point de vue individuel ou sociétal	Capacité altérée de commencer à parler ou d'engager la conversation, de poser des questions, de présenter un sujet et de préciser sa pensée sur le sujet, de lire à haute voix, d'interagir avec des étrangers, de participer pleinement à des activités de groupe comme parler au téléphone et en classe.
Facteurs contextuels environnementaux	Facteurs qui influent sur l'incapacité allant de l'environnement immédiat à l'environnement général de la personne	Acceptation sociale réduite, perte d'attention des interlocuteurs et diminution possible du potentiel d'accès à la gamme complète des occasions sociales, professionnelles et d'éducation en raison de la perception des collectivités à l'égard du bégaiement
Facteurs contextuels personnels	Facteurs individuels qui influencent la performance dans l'environnement	Tendance à éviter certains mots et certaines situations en raison de l'anxiété ou d'une mauvaise estime de soi

Les services que l'orthophoniste offre aux personnes atteintes de bégaiement développemental englobent toutes les composantes et tous les facteurs du cadre de l'OMS. En d'autres mots, l'orthophoniste travaille à améliorer la qualité de vie en réduisant les comportements de bégaiement, en atténuant les limitations liées aux activités et à la participation et en abordant les facteurs environnementaux et personnels du patient/client. Le rôle de l'orthophoniste comprend l'identification, le dépistage, l'évaluation et la prise en charge du bégaiement.

C) CHAMP DE PRATIQUE

La [Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes](#) stipule ce qui suit :

« L'exercice de la profession d'orthophoniste consiste dans l'évaluation des fonctions de la parole et du langage, ainsi que dans le traitement et la prévention des troubles ou perturbations de la parole et du langage en vue de développer, de maintenir, de restaurer ou d'accroître les fonctions orale motrice et de communication. »

Le bégaiement est largement reconnu en tant que trouble de la parole. Ainsi, le dépistage, l'évaluation et la prise en charge du bégaiement développemental sont bien à l'intérieur du champ de pratique de l'orthophoniste. Comme l'évolution de ce trouble peut englober des processus psychologiques importants, l'orthophoniste, par la formation continue, doit toutefois prendre des mesures pour s'assurer d'être bien préparé à la prise en charge de cet aspect de l'intervention. Dans certains cas, l'intervention pourra inclure l'orientation du patient/client pour qu'il obtienne un counseling psychologique si les composantes émotives, psychologiques ou comportementales vont au-delà des limites prévues du trouble de bégaiement. En plus d'offrir une intervention axée sur la fluidité verbale, on s'attend des membres qu'ils agissent comme une ressource auprès des patients/clients, de leurs familles et des autres fournisseurs de services qui ont des contacts avec la personne concernée. Cela peut inclure fournir une éducation au public sur les indicateurs de demande de consultation pour les patients/clients et la marche à suivre pour avoir accès à des services d'orthophonie en cas de bégaiement. Ce rôle comprend aussi la sensibilisation aux stratégies qui peuvent aider les personnes qui bégaient à maximiser leurs aptitudes à la communication et à la fluidité verbale ou à accepter le bégaiement.

D) RESSOURCES NÉCESSAIRES



Norme
D1

L'orthophoniste doit s'assurer que le matériel d'évaluation standardisé et l'équipement appropriés sont disponibles pour l'évaluation et la prise en charge du bégaiement.

Pour offrir une intervention liée au bégaiement, l'orthophoniste doit avoir accès à du matériel d'enregistrement audio et vidéo et à un éventail de tests et de matériel standardisés et non standardisés. Le matériel devrait inclure des procédures pour mesurer la fluidité verbale, le degré de bégaiement, les attitudes envers le bégaiement et la parole, la perception de soi, les peurs situationnelles et les comportements d'évitement. Des échantillons variés de la parole doivent être obtenus et analysés afin d'établir la fréquence du bégaiement, les types de dysfluidités et les comportements secondaires.



Norme
D2

L'orthophoniste doit s'assurer que tout le matériel et l'équipement utilisés (incluant les outils cliniques, le matériel d'évaluation et de thérapie) sont en bon état de fonctionnement et sont étalonnés et calibrés au besoin.

Tout le matériel et l'équipement doivent être entretenus selon les spécifications et les recommandations du fabricant. L'orthophoniste doit s'assurer que tout le matériel et l'équipement sont désinfectés et nettoyés selon les [lignes directrices sur la prévention et le contrôle des infections en orthophonie](#) et qu'ils sont calibrés et en bon état de fonctionnement comme l'exige le [Code de déontologie de l'Ordre](#) (2011).

LDP

D.1

L'orthophoniste devrait veiller à ce que l'environnement physique soit approprié au dépistage, à l'évaluation et à la prise en charge.

*LDP=Lignes directrices de pratique

L'orthophoniste devrait s'assurer que l'environnement physique est, autant que possible, approprié aux procédures de dépistage, d'évaluation ou de prise en charge du bégaiement et qu'il offre une aire privée. Les évaluations standardisées peuvent nécessiter des endroits tranquilles face à face, mais certaines techniques d'intervention en milieu réel peuvent nécessiter que le contexte soit similaire au contexte que vit habituellement la personne. Nous reconnaissons que les limites du lieu de travail, les contraintes d'espace et de temps,

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE SUR LE BÉGAIEMENT DÉVELOPPEMENTAL

les politiques organisationnelles et d'autres facteurs peuvent influencer l'environnement dans lequel se déroule l'intervention.

E) EXIGENCES EN MATIÈRE DE COLLABORATION



Norme
E.1

L'orthophoniste doit faire son possible pour communiquer de façon efficace et concertée avec ses pairs, son équipe, ses collègues de travail, y compris avec les membres d'autres professions participant aux soins du patient/client, après avoir obtenu le consentement approprié.

L'orthophoniste doit faire son possible pour communiquer avec les personnes qui ont des rapports avec le patient/client afin de maximiser l'efficacité de l'intervention. Toutefois, on doit obtenir le consentement approprié lorsqu'on communique avec d'autres personnes qui ont des rapports avec le patient/client ou son mandataire spécial, comme il est souligné dans le [règlement de l'Ordre sur la faute professionnelle](#) et dans la [Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé](#) (LPRPS). La confidentialité des renseignements verbaux, écrits et électroniques communiqués est cruciale.



Norme
E.2

L'orthophoniste doit tenir compte du milieu culturel du patient/client, comme il est souligné dans l'énoncé de position de l'Ordre, [Prestation de services aux populations culturellement et linguistiquement diverses](#) (2000).

La prestation des services devrait permettre au patient/client de faire des choix éclairés reposant sur de l'information objective et impartiale. Dans ces situations, le choix et la confidentialité du patient/client doivent être respectés.

L'orthophoniste doit fournir des services qui tiennent compte des besoins linguistiques et culturels du patient/client ainsi que des facteurs socioculturels qui influencent la communication, comme on le souligne dans l'énoncé de position de l'Ordre, [Prestation de services aux populations culturellement et linguistiquement diverses](#) (2000).



Norme
E.3

L'orthophoniste doit effectuer toute intervention qui est donnée en parallèle avec un autre membre conformément à l'énoncé de position de l'Ordre, [Intervention simultanée effectuée par des membres de l'OAOO](#) (2001).

Deux membres ou plus de l'Ordre peuvent participer aux soins, de façon simultanée, lorsqu'il est déterminé que les soins parallèles sont dans l'intérêt du patient/client comme il est prévu dans l'énoncé de position de l'Ordre, [Intervention simultanée effectuée par des membres de l'OAOO](#) (2001). Ces situations devraient inclure les mesures suivantes :

- S'assurer que les diverses approches sont complémentaires et qu'elles répondent au meilleur intérêt du patient/client.
- Coordonner la prise en charge avec les autres orthophonistes afin de travailler simultanément au bégaiement et aux problèmes concomitants tels que les problèmes phonologiques, du langage ou de la voix.
- Faire reposer la prise en charge sur un vaste objectif, soit d'améliorer la communication de façon efficace. Cela pourrait nécessiter que l'on reporte à plus tard le travail sur le langage, la voix ou l'articulation en attendant que la fluidité verbale soit maîtrisée. Parfois, cela nécessitera également que l'on reporte à plus tard le travail sur la fluidité verbale en attendant de voir des progrès relativement à d'autres troubles, p. ex. l'amélioration de l'intelligibilité.

LDP

E.1

Dans la mesure du possible, l'orthophoniste devrait collaborer avec les partenaires de la communication qui jouent un rôle clé dans la vie du patient/client.

*LDP=Lignes directrices de pratique

Une approche centrée sur le client est essentielle à la prestation de services efficaces en matière de bégaiement. Lorsque c'est approprié et possible, il faudrait collaborer avec les personnes significatives dans la vie du patient/client (proches, amis et autres personnes avec lesquels il communique régulièrement). En collaborant, les partenaires de la communication qui jouent un rôle clé dans l'environnement du patient/client peuvent aider à déterminer les habiletés interactives qui sont importantes et peuvent décrire la capacité de la personne d'utiliser ces habiletés dans des environnements naturels. Le degré de collaboration dépendra du consentement du patient/client ou de son mandataire spécial et peut dépendre du milieu.

F) PRÉCAUTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET SÉCURITÉ



Norme
F.1

L'orthophoniste doit respecter les pratiques courantes sur le lavage des mains et le port de gants énoncées dans le document [Lignes directrices pour la prévention des infections en orthophonie](#).

Pendant toute composante du service associé au bégaiement, l'orthophoniste devrait faire son possible pour assurer la sécurité et réduire au minimum les risques pour le patient/client, les soignants et soi-même à titre de clinicien. Des mesures doivent être prises pour prévenir et limiter la propagation des infections comme il est décrit dans le document [Lignes directrices pour la prévention des infections en orthophonie](#). L'orthophoniste doit respecter les pratiques courantes relatives au lavage des mains et au port de gants et prendre des mesures de protection contre les pathogènes transmissibles par les liquides et le sang.



Norme
F.2

Tout matériel utilisé pour les interventions en bégaiement doit faire l'objet d'une désinfection de niveau élevé avant d'être réutilisé, ou doit être jeté. Les précautions supplémentaires imposées par le milieu de pratique ou les fournisseurs de soins ont préséance.

Tout équipement utilisé pendant une intervention associée au bégaiement et qui entre en contact avec le patient/client doit faire l'objet d'une désinfection de niveau élevé si l'équipement sera réutilisé. Le milieu de pratique ou les fournisseurs de soins du patient/client peuvent parfois imposer des précautions supplémentaires. Ces précautions ont préséance, le cas échéant.

H) COMPOSANTES DE LA PRESTATION DES SERVICES

1. CONSENTEMENT



Norme
H.1

L'orthophoniste doit obtenir le consentement éclairé et valide à toutes les interventions, comme il est souligné dans l'énoncé de position de l'Ordre, [Consentement aux services d'évaluation et de dépistage](#). En cas de doute, l'orthophoniste doit évaluer la capacité de la personne de donner son consentement. L'orthophoniste doit également obtenir le consentement éclairé à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de l'information recueillie pendant l'intervention. L'orthophoniste doit consigner tout consentement verbal et écrit obtenu concernant l'intervention.

L'orthophoniste doit obtenir le consentement éclairé et valide du patient/client ou de son mandataire spécial pour toutes les interventions, comme il est indiqué dans l'énoncé de position de l'Ordre, [Consentement aux services d'évaluation et de dépistage](#) (2007).

Pour obtenir le consentement éclairé, tel que défini dans la [Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé](#), il faut fournir l'information suivante : la nature du service proposé, les avantages prévus, les risques et effets secondaires possibles et importants, les autres options possibles et les conséquences probables auxquelles la personne peut s'attendre si elle décide de ne pas recevoir le service associé au bégaiement. Nous rappelons aux orthophonistes que l'élément primordial de l'obtention du consentement est la discussion au sujet de l'information décrite ci-dessus et non le geste consistant à signer un formulaire de consentement. Le consentement éclairé au dépistage, à l'évaluation ou au traitement peut être fourni verbalement ou par écrit, et est ensuite documenté.

Lorsque l'orthophoniste a un doute sur la capacité du patient/client ou de son mandataire spécial de donner son consentement éclairé, il doit évaluer la capacité de la personne de donner le consentement. L'évaluation de la capacité consiste à déterminer si le patient/client ou son mandataire spécial est apte à comprendre les renseignements pertinents et à évaluer les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision ou de l'absence de décision. Lorsque l'orthophoniste détermine que le patient/client n'est pas apte à donner son consentement, il doit alors l'obtenir de son mandataire spécial. Pour en savoir plus sur la question du consentement et de la capacité, veuillez consulter le document « [L'obtention du consentement aux services : Guide à l'intention des audiologistes et des orthophonistes](#) »).

En vertu de la [Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé](#), les membres doivent obtenir le consentement éclairé à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de toute information obtenue durant le dépistage, l'évaluation ou le traitement. Ce consentement peut être fourni verbalement ou par écrit et est ensuite documenté.

L'orthophoniste doit consigner au dossier du patient/client tout consentement verbal ou écrit reçu au dépistage, à l'évaluation et à la prise en charge.

Les organismes pourraient avoir des procédures variées en place pour l'obtention du consentement aux interventions ainsi qu'à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de l'information. Vous pouvez utiliser ces procédures à condition qu'elles respectent les exigences de l'Ordre, de la [Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé](#) et de la [Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé](#).

Le consentement peut être retiré en tout temps par le patient/client ou par son mandataire spécial.

2. DÉTERMINATION DES RISQUES À GÉRER

L'orthophoniste doit prendre des mesures pour réduire au minimum tout risque associé à l'intervention. Ces risques incluent, notamment :

2.A RISQUES ASSOCIÉS À L'IDENTIFICATION



Norme
H.2

L'orthophoniste doit examiner un vaste échantillon de situations d'expression orale avant d'en arriver à une conclusion sur la présence ou l'absence d'un comportement de bégaiement.

Le risque d'identifier un trouble qui n'est pas présent pourrait entraîner une préoccupation inutile pour le patient/client et sa famille. En revanche, ne pas identifier un comportement de bégaiement présent pourrait avoir des conséquences sociales, éducatives et professionnelles néfastes associées au non-traitement du bégaiement développemental. Compte tenu de la nature variable du bégaiement, l'orthophoniste doit faire son possible afin d'examiner un vaste échantillon de situations ou d'environnements d'expression orale avant de déterminer si le patient/client présente ou non un trouble de bégaiement.

2.B RISQUES ASSOCIÉS AU FAIT DE REPORTER À PLUS TARD L'INTERVENTION OU DE FOURNIR UNE INTERVENTION INAPPROPRIÉE



Norme
H.3

L'orthophoniste doit s'occuper des demandes de consultation dans des délais acceptables et doit tenir compte de tous les facteurs avant de choisir et de mettre en œuvre une approche de traitement.

Reporter à plus tard l'intervention ou fournir une intervention inappropriée pourrait accroître la fréquence et la gravité des comportements de bégaiement et entraîner le développement

de stratégies compensatoires inappropriées. Cependant, chez les jeunes enfants, il faut chercher un équilibre entre intervenir ou attendre de voir si les comportements disparaîtront spontanément. L'orthophoniste devrait tenir compte du moment d'apparition, des types de bégaiement et des antécédents familiaux.

2.C RISQUES D'ANXIÉTÉ ACCRUE



Norme
H.4

L'orthophoniste doit essayer de comprendre le lien entre l'anxiété et le bégaiement afin d'éclairer ses interventions.

L'orthophoniste doit comprendre le lien entre l'anxiété, les situations variées d'expression orale et le bégaiement. L'orthophoniste doit s'assurer de réduire au minimum l'anxiété en étant conscient des facteurs de stress du patient/client. L'orthophoniste devrait également aider le patient/client à déterminer les facteurs qui réduisent l'anxiété (Bloodstein et Bernstein-Ratner, 2007; Alm, 2004).

2.D RISQUES D'ASSOCIER LA FLUIDITÉ AVEC LE MILIEU CLINIQUE SEULEMENT



Norme
H.5

L'orthophoniste doit travailler à réduire la dépendance du patient/client envers le clinicien et le milieu clinique.

L'orthophoniste doit être conscient du fait que les patients/clients ont tendance à devenir trop dépendant du clinicien et du milieu clinique pour développer ou maintenir la fluidité. L'orthophoniste devrait se concentrer sur le transfert de la fluidité et l'élargissement des milieux de traitement autant que possible.

3. PROCÉDURES : CONTINUUM DE SOINS

Cette section décrit l'intervention en matière de bégaiement développemental qui comprend les composantes de soins suivantes :

- Dépistage;
- Évaluation;
- Traitement direct (incluant l'établissement, le transfert/la généralisation et le maintien);
- Traitement indirect (pouvant inclure des techniques d'enseignement pour l'entourage de la personne qui bégaie, des changements environnementaux, un changement d'attitude et des stratégies préventives);
- Enseignement;
- Planification du congé.

Le continuum de soins variera en fonction de l'âge et du stade de développement du patient/client. Par exemple, un jeune enfant qui ne vient que de commencer à bégayer profitera davantage d'un traitement indirect et d'une observation contrôlée (surveillance) qu'un enfant plus âgé ou un adulte. On pourra ensuite avoir recours à des stratégies de traitement direct en l'absence d'une amélioration. Il ne faut pas interpréter cela comme voulant dire que les approches indirectes font toujours partie de l'intervention auprès des jeunes enfants. Nous ne faisons que souligner qu'elles sont plus probables chez le jeune enfant que chez l'enfant plus âgé ou l'adulte.

De même, le continuum de soins de l'adulte a plus de chances d'inclure, mais n'inclura pas nécessairement, des changements d'attitude (comparé aux soins de l'enfant d'âge préscolaire). Certaines procédures pourraient ne pas être appropriées, surtout lorsque les habiletés cognitives ou le stade de développement ne s'y prêtent pas ou lorsque l'analyse des résultats du traitement indique qu'elles ne sont pas nécessaires. Si ces composantes des soins ne sont pas fournies, on doit documenter les raisons justifiables sur le plan clinique.

L'approche centrée sur le patient/client est au cœur de l'intervention liée au bégaiement. La participation du patient/client, en tant que personne qui bégaie, ou du parent/tuteur dans le cas d'un enfant, est essentielle. La nature du trouble de bégaiement est définie dans la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'OMS (2001), en partie par les limitations d'activité et les restrictions de la participation, et est influencée par les facteurs environnementaux et les caractéristiques personnelles du patient/client. On doit tenir compte de ces facteurs dans tous les aspects de la prestation des services. L'intervention pour le bégaiement doit être adaptée aux besoins précis du patient/client et doit tenir compte des facteurs personnels, culturels et linguistiques.

CONTINUUM DE SOINS : COMPÉTENCES

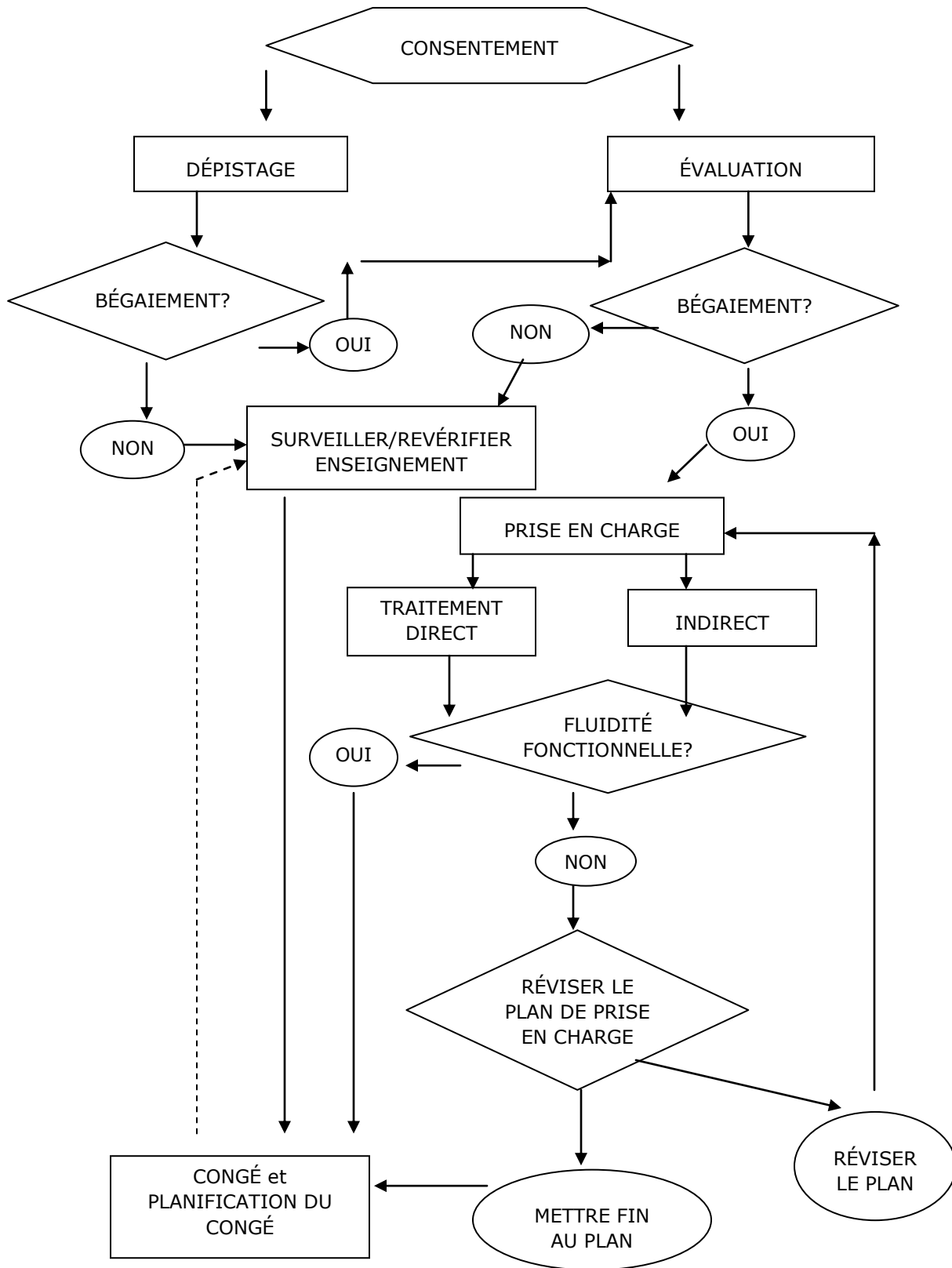


Norme
H.6

L'orthophoniste doit s'assurer qu'il possède les compétences requises pour fournir l'intervention en matière de bégaiement.

L'orthophoniste doit s'assurer qu'il possède les compétences requises et qu'il exerce sa profession dans les limites de sa compétence, « déterminée par son éducation, sa formation et son expérience professionnelle », comme il est indiqué dans le [Code de déontologie](#) (2011). L'orthophoniste devrait diriger le patient/client vers d'autres professionnels lorsqu'il présente des problèmes qui sont hors du champ de pratique de l'orthophonie. Pour plus de détails à ce sujet, voir la section sur le champ de pratique dans les présentes normes et lignes directrices de pratique.

Diagramme sur le continuum de soins potentiel du bégaiement



3. PROCÉDURES : DÉPISTAGE

Le dépistage est défini comme l'utilisation par l'orthophoniste de mesures « réussite/référent » (pass/refer), conformément à son champ de pratique. Le dépistage peut également entraîner la recommandation d'évaluations ou de services dans des domaines autres que l'orthophonie.

3.1. COMPÉTENCES EN DÉPISTAGE

- Faire preuve de connaissances et d'aptitudes pour choisir ou établir des mesures de dépistage appropriées, les administrer et en interpréter les résultats afin d'identifier la présence ou l'absence de signes émergents ou persistants de bégaiement et recommander une évaluation plus poussée.
- Démontrer une connaissance des rôles et responsabilités des autres professionnels qui participent à la détection précoce des troubles de la parole et du langage.
- Démontrer les connaissances et les habiletés nécessaires pour superviser du personnel de soutien (le cas échéant), comme il est décrit dans l'énoncé de position de l'Ordre sur [l'utilisation du personnel de soutien par les orthophonistes](#) :

la capacité de former et de superviser le personnel de soutien participant au dépistage;

une connaissance des situations où il est approprié d'avoir recours à du personnel de soutien.



Norme
H.7

L'orthophoniste doit être conscient que le dépistage peut donner des résultats faux négatifs (c.-à-d. réussite du dépistage lorsqu'un trouble de bégaiement existe).

En raison de la nature variable du bégaiement, l'orthophoniste doit être conscient que les dépistages comportent un risque inhérent accru de résultats faux négatifs, c.-à-d. réussite du patient/client en dépit de la présence d'un trouble (Felsenfeld, 2000; Onslow, 1992).

Le personnel de soutien, supervisé par un orthophoniste, peut effectuer des procédures de dépistage précises de la catégorie « réussite/référent » (pass/refer), conformément à l'énoncé de position de l'Ordre, [Utilisation de personnel de soutien par les orthophonistes](#).

3. PROCÉDURES : ÉVALUATION

3.2. COMPÉTENCES EN ÉVALUATION

- Démontrer les connaissances et les aptitudes nécessaires pour distinguer le bégaiement des autres troubles de la parole et du langage, notamment :
 - a) Déterminer les caractéristiques pouvant permettre de différencier la dysfluidité normale et le bégaiement confirmé;
 - b) Déterminer les caractéristiques pouvant permettre de faire la différence entre le bégaiement développemental, le bredouillement, le bégaiement neurogène, le bégaiement psychogène et les troubles du langage, de l'articulation et de l'apprentissage et comprendre l'interaction possible entre ces troubles;
 - c) Établir un lien entre les résultats des tests d'audition, de la voix, de l'articulation et du langage et les répercussions sur le bégaiement;
 - d) Reconnaître le degré de variabilité du bégaiement observable et pousser les recherches, en particulier lorsque le bégaiement signalé n'est pas évident.

- Démontrer une connaissance des facteurs associés influençant le bégaiement tels que le langage, la phonologie, l'articulation, la voix, l'audition, la cognition, le comportement et la dynamique de la communication.

- Démontrer qu'on sait choisir, administrer et interpréter les bonnes techniques d'évaluation afin de déterminer la présence, la nature et les conséquences fonctionnelles du bégaiement :
 - a) Reconnaître les facteurs de risque du bégaiement persistant chez les enfants (p. ex. antécédents familiaux, durée depuis l'apparition, gravité).
 - b) Reconnaître les caractéristiques qui favorisent la différenciation entre les comportements primaires et secondaires associés au bégaiement.
 - c) Identifier les dysfluidités selon le type (prolongation, répétition, blocage, etc.).
 - d) Identifier les comportements d'évitement, les mouvements associés à la tension musculaire et les comportements de fuite.
 - e) Identifier les caractéristiques additionnelles de la fluidité comme la prosodie, le débit de la parole, l'effort et la continuité du mouvement.

- Démontrer les connaissances et les aptitudes nécessaires pour communiquer les résultats de l'évaluation, les caractéristiques des troubles du bégaiement, les théories actuelles sur l'étiologie et les interventions possibles.

ÉVALUATION DU BÉGAIEMENT DÉVELOPPEMENTAL

L'évaluation du bégaiement vise à recueillir de l'information sur les comportements de fluidité et de dysfluidité observables, les caractéristiques concomitantes et les comportements liés à la parole signalés, mais non observés afin de déterminer la présence et la nature d'un trouble de bégaiement. Pour en savoir plus sur les normes et lignes directrices de pratique générales dans le domaine de l'évaluation, veuillez consulter les NLDP sur [l'évaluation des enfants en orthophonie](#) et [l'évaluation des adultes en orthophonie](#).



Norme
H.8

L'évaluation du bégaiement par l'orthophoniste doit reposer sur les antécédents recueillis et sur des protocoles d'évaluation standardisés et non standardisés qui tiennent compte de la variabilité du bégaiement. L'évaluation doit inclure les aspects préoccupants identifiés et être centrée sur le patient/client et sa famille.

La planification de la prise en charge doit tenir compte de l'information de base sur l'origine du bégaiement et son évolution. Pour recueillir les données sur le développement social, physique, comportemental et de la parole du patient/client, on peut utiliser les méthodes suivantes :

- Utilisation de questionnaires ou d'autres documents écrits destinés à recueillir de l'information de base potentiellement pertinente;
- Entrevues du patient/client, de sa famille ou d'autres personnes concernées au sujet des jalons de développement liés au contrôle de la motricité, les comportements socio-émotifs, le développement du langage et de la parole ainsi que le développement cognitif.

Utiliser les procédures standardisées et non standardisées appropriées, notamment :

- Obtenir des échantillons de parole qui sont le plus représentatif possible de la parole du patient/client dans la vie quotidienne, y compris des échantillons enregistrés obtenus par le patient/client, les parents ou le mandataire spécial. Il faudrait documenter toutes les caractéristiques du comportement de bégaiement. Lorsqu'elles n'ont pas été observées directement, documenter alors celles signalées (p. ex. autres formes de bégaiement signalées par le parent/tuteur, adulte qui signale un bégaiement caché).
- Élaborer des descriptions quantitatives et qualitatives des comportements de fluidité et de bégaiement du patient/client à partir des observations et des échantillons de parole enregistrés et directs. Les techniques pouvant être utilisées comprennent, notamment :

Identifier et compter la fréquence des comportements primaires (centraux) et secondaires associés au bégaiement et différencier les dysfluidités normales et le bégaiement;

Calculer le pourcentage de syllabes ou de mots bégayés;

Mesurer le débit de la parole (syllabes intentionnelles par minute avec pauses incluses) et le débit articulatoire (syllabes par minute avec pauses exclues);

Décrire les aspects qualitatifs de la fluidité, tels que le niveau apparent de tension musculaire, la réaction émotionnelle à la parole ou les comportements associés au bégaiement, les comportements d'adaptation, le mauvais contact visuel, etc.;

Obtenir une auto-évaluation de la gravité.

Obtenir de l'information sur les variables qui influencent le niveau de fluidité du patient/client afin d'en tenir compte dans la planification de la prise en charge. Les techniques suivantes peuvent être utilisées, notamment :

- Administrer des tests standardisés sur l'attitude à l'égard du bégaiement, la parole, l'auto-efficacité en tant que locuteur, les peurs situationnelles et les comportements d'évitement, et interpréter les résultats de ces tests;
- Élaborer des hypothèses et les mettre à l'essai, de façon systématique, sur les variables susceptibles d'influencer le niveau de fluidité (p. ex. déterminer si la réduction du niveau linguistique améliorera la fluidité du patient/client qui bégaie);
- Obtenir de l'information du patient/client sur les circonstances sociales, les mots, les interlocuteurs, le type de phrases et les sons qu'il associe à l'augmentation ou à la diminution du bégaiement.

Obtenir de l'information sur d'autres variables susceptibles d'influencer le résultat clinique telles que le langage, la voix, l'articulation, la fonction psycho-émotionnelle, le trouble d'apprentissage, le niveau cognitif ou les troubles auditifs ou visuels.

Fournir les résultats de l'évaluation au patient/client, au parent/tuteur ou au proche/aidant.



Norme
H.9

L'orthophoniste doit utiliser des approches et du matériel à jour et appropriés pour effectuer son évaluation.

L'orthophoniste devrait utiliser des approches et du matériel d'évaluation à jour qui tiennent compte de l'âge, de l'état cognitif, du sexe, du niveau d'éducation, du milieu culturel, social et linguistique, de l'état médical et psychologique, des habiletés physiques et sensorielles, de l'audition et de la profession du patient/client et qui répondent aux exigences de la situation d'évaluation comme telle.

Envisager de donner un counseling au patient/client, à l'aidant/soignant ou à la famille sur la nature du trouble de bégaiement, ses conséquences, le plan de suivi recommandé et les

résultats escomptés de l'intervention. Le counseling peut prendre des formes variées et dépendra de la situation et de l'environnement.

3. PROCÉDURES : PRISE EN CHARGE

3.3 COMPÉTENCES EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE

- Démontrer les connaissances et les aptitudes requises pour formuler un programme de traitement direct du bégaiement :
 - a) Connaître les techniques et les procédés de traitement appropriés ainsi que les avantages et risques qu'ils comportent.
 - b) Connaître les caractéristiques qui contribuent chez les interlocuteurs à la perception d'une parole fluide.
 - c) Être conscient de l'interaction et des compromis possibles entre une parole observée/surveillée et une sonorité naturelle de la parole.
 - d) Connaître les principes et les procédés du conditionnement et de l'apprentissage s'appliquant aux comportements de modification de la parole.
 - e) Connaître les principes de transfert/généralisation et de maintien de la fluidité.
- Démontrer les connaissances et les aptitudes requises pour élaborer et mettre en œuvre un traitement indirect du trouble de bégaiement :
 - a) Connaître les approches et stratégies de traitement indirect appropriées ainsi que les avantages et risques de chacune.
 - b) Identifier les facteurs environnementaux qui influent sur la fluidité du patient/client.
 - c) Identifier les facteurs internes susceptibles d'influencer la fluidité du patient/client.
- Démontrer les connaissances et les aptitudes nécessaires pour conseiller les familles, le personnel de soutien et les partenaires de communication et pour renforcer leurs compétences :
 - a) Connaître les techniques d'enseignement pour l'entourage du patient/client afin d'aider ces personnes à favoriser la fluidité verbale.
 - b) Savoir quand et comment intégrer le personnel de soutien (s'il y a lieu).
 - c) Savoir comment aider les autres personnes à favoriser la généralisation des gains effectués par le patient/client durant l'intervention.
 - d) Connaître les ressources communautaires afin de faciliter l'orientation du patient/client vers des groupes d'entraide.

- Démontrer les connaissances et les aptitudes requises pour évaluer le programme de traitement :
 - a) Évaluer l'efficacité du traitement, de manière continue et objective, y compris l'opinion du patient/client.
 - b) Apporter les modifications nécessaires au programme de traitement afin de refléter les besoins uniques du patient/client.

PRISE EN CHARGE



Norme
H.10

L'orthophoniste doit pouvoir justifier son choix d'intervention pour le bégaiement et doit utiliser des critères pour amorcer l'intervention et y mettre fin.

La prise en charge comprend l'ensemble des recommandations et des techniques mises en œuvre dans le but d'optimiser la fluidité du patient/client. L'orthophoniste doit élaborer pour chaque patient/client un plan de prise en charge du bégaiement qui repose sur les résultats de l'évaluation. Nous examinerons ci-dessous trois aspects de la prise en charge du patient/client : les approches directes, les approches indirectes et l'enseignement.

Il existe un large éventail de techniques de prise en charge. Les techniques décrites dans le présent document ne prétendent pas être exhaustives, mais se veulent représentatives des techniques les plus utilisées. Elles n'ont pas pour but d'exclure d'autres techniques fondées sur des données probantes et qui pourraient être utiles chez un patient/client en particulier. L'orthophoniste doit faire reposer son choix d'intervention sur une justification clinique qui tient compte de l'âge, de la gravité du bégaiement et des habiletés cognitives incluant la conscience de soi. L'orthophoniste doit également établir des critères pour commencer et mettre fin à l'intervention.

On devrait donner au patient/client l'occasion de jouer un rôle actif dans la détermination d'objectifs individuels appropriés en collaboration avec l'orthophoniste.

PRISE EN CHARGE : TRAITEMENT DIRECT

Le traitement direct vise habituellement à améliorer la fluidité verbale en modifiant directement les comportements articulatoires, respiratoires ou vocaux ainsi que les comportements cognitifs afin de faciliter l'intégration des nouveaux comportements de parole. Chez l'enfant très jeune, de moins de 5 ans typiquement, on accorde moins d'importance au changement des comportements articulatoires, respiratoires ou vocaux directement et plus d'importance à la réduction du bégaiement par le recours à des stratégies de gestion des contingences bien qu'il arrive qu'on y accorde une certaine attention.



Norme
H.11

Pendant le traitement direct, l'orthophoniste doit aborder la réduction de la gravité du bégaiement, le transfert et le maintien dans le cadre d'un plan global de prise en charge du cas.

Les approches de traitement direct comprennent habituellement les quatre éléments suivants :

1) TECHNIQUES POUR RÉDUIRE LA FRÉQUENCE OU LA GRAVITÉ DES COMPORTEMENTS DE BÉGAIEMENT

- Stratégies de gestion des contingences : techniques qui visent à offrir un renforcement suivant une parole fluide.
- Stratégies de façonnement de la fluidité (*fluency shaping*) : enseignement de comportements de parole, de manière systématique et cumulative, afin de modifier complètement la parole et remplacer le bégaiement par une parole plus fluide.
- Stratégies de réduction de l'anxiété : techniques de désensibilisation appliquées à des situations de bégaiement et de parole afin de réduire l'anxiété associée à l'expression orale.
- Stratégies de modification du bégaiement : techniques qui encouragent le patient/client à modifier les moments de bégaiement à mesure qu'ils se présentent.

2) TECHNIQUES POUR ÉLIMINER OU RÉDUIRE AU MINIMUM LES PROCÉDÉS SUSCEPTIBLES DE CONTRIBUER AU MAINTIEN DES COMPORTEMENTS DE BÉGAIEMENT

- Identifier et gérer les facteurs externes qui renforcent les comportements de bégaiement ou d'évitement (p. ex. on renforce le bégaiement lorsqu'on dispense un élève d'un devoir en raison de son bégaiement).
- Identifier et gérer les situations ou les facteurs externes associés à l'augmentation du bégaiement (p. ex. bégaiement répété associé à l'utilisation du téléphone).

3) PROCÉDURES POUR FACILITER LE TRANSFERT DES NOUVEAUX COMPORTEMENTS DE PAROLE AUX SITUATIONS DE COMMUNICATION QUOTIDIENNES

Après l'acquisition de nouvelles habiletés d'élocution ou de nouveaux comportements de communication, l'orthophoniste doit envisager le transfert dans le cadre d'un programme global de prise en charge. Les techniques pour faciliter le transfert des nouveaux comportements de communication ou d'élocution comprennent notamment :

- Établir une hiérarchie des tâches de parole afin d'appliquer les nouvelles habiletés dans des situations progressivement plus difficiles.

- Prévoir le transfert systématique des habiletés à des situations quotidiennes de parole précises.
- Établir des attentes réalistes.

4) TECHNIQUES QUI FAVORISENT LE MAINTIEN DE LA FLUIDITÉ

- Travailler à l'auto-développement au moyen de stratégies qui favorisent l'auto-évaluation et l'amélioration continue des habiletés de fluidité.
- Développer l'autonomie au moyen de stratégies qui favorisent la surveillance efficace de la fluidité et de la réapparition du bégaiement. Les stratégies devraient également inclure la surveillance de l'augmentation de l'évitement, de l'anxiété, etc.
- Fournir au patient/client des occasions de discuter des activités de maintien et de sa performance afin d'identifier d'autres stratégies de maintien de la fluidité au besoin.

PRISE EN CHARGE : TRAITEMENT INDIRECT



Norme
H.12

Pendant le traitement indirect, l'orthophoniste doit tenir compte des stratégies appropriées pour limiter les procédés qui pourraient maintenir les comportements de bégaiement.

Les stratégies de traitement indirect visent à accroître la fluidité verbale en modifiant les facteurs environnementaux et les attitudes. Les personnes qui interagissent avec le patient/client peuvent influencer fortement le développement et le maintien de la fluidité verbale. Les approches suivantes font souvent partie de la prise en charge :

Stratégies pour limiter les procédés qui contribuent potentiellement au maintien des comportements de bégaiement :

- Fournir un counseling au patient/client et aux personnes significatives.
- Fournir des expériences qui modifieront les attitudes ou croyances qui nuisent à la fluidité.
- Former les partenaires de communication, en particulier les patients/clients très jeunes, à modifier leur style de communication.

PRISE EN CHARGE : ENSEIGNEMENT



Norme

L'orthophoniste doit fournir un enseignement au patient/client ou à l'aidant/soignant sur la nature du trouble de bégaiement et le lien avec l'évaluation, les recommandations et le plan de prise en charge.

H.13

L'enseignement au patient/client ou à l'aidant/soignant sur la nature du bégaiement, les résultats de l'évaluation et les recommandations est une composante essentielle du plan de prise en charge. L'enseignement fourni, notamment sur la variabilité du bégaiement, la distinction entre les comportements fondamentaux et les comportements secondaires, le fondement physiologique du bégaiement et les manifestations psychologiques, doit être expliqué en langage simple et facile à comprendre.



Norme
H.14

L'orthophoniste doit donner l'information sur les services si l'orthophoniste est lui-même incapable de les offrir.

L'enseignement au patient/client ou à l'aidant/soignant devrait inclure les recommandations concernant la prise en charge et les services futurs et une indication de l'endroit où on peut obtenir ces services si l'orthophoniste est lui-même incapable de les offrir.

3. PROCÉDURES : PARTICIPATION D'AUTRES PERSONNES



Norme
H.15

Au besoin, l'orthophoniste doit recommander la participation des professionnels appropriés et fournir de l'information sur les ressources communautaires.

Certains patients/clients pourraient présenter d'autres problèmes, p. ex. un trouble ou un retard de langage, de la voix, du fonctionnement psychosocial, des habiletés de motricité, du comportement, de la cognition, des problèmes familiaux, de l'audition, etc. Au besoin, l'orthophoniste doit recommander la participation d'autres professionnels appropriés. Il faudrait également envisager de diriger le patient/client ou les membres de la famille vers des ressources communautaires et en ligne, comme des groupes de soutien ou de consommateurs, afin d'obtenir plus d'information et de soutien.

3. PROCÉDURES : PLANIFICATION DU CONGÉ

3.4. COMPÉTENCES EN PLANIFICATION DU CONGÉ

- Démontrer la capacité de déterminer le besoin d'un suivi approprié après le congé du patient/client et de prévoir ce suivi.
- Démontrer la connaissance des autres services disponibles qui pourraient être appropriés.



Norme
H.16

L'orthophoniste doit faire des recommandations de mise en congé en se fondant sur les résultats cliniques et déployer des efforts raisonnables afin de prévoir des ressources appropriées pour le patient/client.

La planification du congé du patient/client vise à orienter les interventions en vue du congé approprié du traitement du bégaiement, en temps opportun. Idéalement, l'orthophoniste et le patient/client déterminent le moment approprié et les conditions du congé lié à l'intervention pour le bégaiement. Typiquement, le congé a lieu lorsque le patient/client présente une fluidité fonctionnelle, mais ce n'est pas toujours possible pour tous les patients/clients et à tout moment dans le temps. Par conséquent, la planification du congé peut également inclure, mais non exclusivement, un repos temporaire de la thérapie ou l'orientation des patients/clients vers d'autres ressources de soutien.

3.5. COMPÉTENCES EN FORMATION CONTINUE

Démontrer une mise à jour continue des connaissances et des habiletés requises pour effectuer une évaluation et une prise en charge de haute qualité des troubles de bégaiement développemental, notamment :

- a) une connaissance des recherches et des écrits récents dans le domaine des interventions liées au bégaiement;
- b) une connaissance des approches actuelles en matière de dépistage, d'évaluation et de prise en charge du bégaiement;
- c) la capacité d'appliquer les connaissances à la prestation des services.

J) DOCUMENTATION



Norme
J.1

L'orthophoniste doit documenter tous les aspects des services fournis en matière de bégaiement conformément au règlement de l'Ordre sur la tenue des dossiers.

L'orthophoniste doit documenter tous les services dispensés en matière de bégaiement conformément aux exigences du [règlement de l'Ordre sur la tenue des dossiers](#).



Norme
J.2

La communication et la collaboration avec d'autres professionnels psychosociaux, de l'éducation et de la santé pour la planification ou la prestation de services liés au bégaiement doivent être documentées.

La communication et la collaboration avec d'autres professionnels psychosociaux, de l'éducation et de la santé pour la planification ou la prestation de services liés au bégaiement doivent être documentées. Cela comprend la documentation de la recommandation d'un patient/client à un autre professionnel de la santé et la documentation du consentement du patient/client ou de son mandataire spécial à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements.



Norme
J.3

L'orthophoniste doit s'assurer que les dossiers sont conservés dans un lieu sûr.

Les dossiers doivent être conservés en lieu sûr conformément aux exigences de l'Ordre et à toutes autres lois pertinentes, notamment la [Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé](#).

K) GLOSSAIRE ET TERMINOLOGIE COURANTE

ASSOCIATIONS APPRISES

Comportements qui deviennent associés à des stimuli internes et externes, puis deviennent des facteurs déclenchants du comportement.

AUTO-EFFICACITÉ

Désigne la croyance que nos actions sont responsables de résultats fructueux.

BÉGAIEMENT CACHÉ

Situation où le bégaiement existe, mais où on n'entend pas de dysfluidités évidentes en raison de stratégies d'évitement variées.

BÉGAIEMENT DÉVELOPPEMENTAL

Bégaiement qui a pris naissance durant l'enfance et qui n'est pas attribuable à une maladie ou à une lésion cérébrale.

BÉGAIEMENT NAISSANT

Comportements de parole fréquents aux stades initiaux du bégaiement tels que les répétitions faciles de mots entiers, de syllabes et de sons et les prolongations de sons sans effort.

BÉGAIEMENT NEUROLOGIQUE ACQUIS

Aussi appelé bégaiement acquis ou bégaiement neurogène, ce type de bégaiement est le plus souvent associé à un accident vasculaire cérébral, à une lésion cérébrale traumatique ou à une maladie neurodégénérative. On trouve également des cas documentés de bégaiement acquis à la suite de l'utilisation de drogues, d'une crise d'épilepsie, de tumeurs au cerveau ou d'autres événements neurologiques qui affectent le fonctionnement normal du cerveau. Typiquement, le bégaiement acquis survient chez des personnes qui n'ont pas d'antécédents de bégaiement développemental bien que, dans certains cas, les états neurologiques puissent entraîner la réapparition d'un bégaiement provenant de l'enfance ou une augmentation importante de la gravité du bégaiement développemental précédant la maladie. Le bégaiement neurologique acquis peut être passager ou persistant. (Theys, Van Wieringen, Sunaert, Thijs et De Nil, 2011; Lundgren, Helm-Estabrooks et Klein, 2010; Ward 2010; DeNil, Jokel et Rochon 2007)

BÉGAIEMENT PRIMAIRE/CENTRAL

Désigne les comportements involontaires de base associés au bégaiement, y compris les répétitions, les prolongations et les blocages.

BÉGAIEMENT PSYCHOGÈNE ACQUIS

Trouble de communication de type bégaiement qui débute typiquement à l'âge adulte en l'absence de tout résultat neurologique significatif. Le bégaiement psychogène acquis est souvent associé au stress émotif ou à un autre état psychologique. Dans certains cas, ce stress émotif ou psychologique peut survenir en même temps que d'autres résultats neurologiques existants nécessitant un diagnostic différentiel du bégaiement neurologique acquis. Le bégaiement psychogène acquis est typiquement classé comme étant une réaction de conversion (Lundgren, Helm-Estabrooks et Klein, 2010; Ward 2010; Guitar 2006).

BLOCAGE

Arrêt involontaire au niveau du passage de l'air, de la voix ou du mouvement des articulaires.

BREDOUILLEMENT

Trouble de la fluidité qui peut exister en tant que trouble séparé ou de façon concomitante avec d'autres troubles de communication, incluant le bégaiement. Le bredouillement se caractérise souvent par un débit de parole rapide et incontrôlé qui donne lieu à des énoncés hachurés et dysrythmiques et, par moments, inintelligibles. De plus, l'utilisation du langage par les personnes qui bredouillent peut se caractériser par une mauvaise organisation et une incohérence. Typiquement, la personne ne semble pas consciente du problème de communication ni préoccupée par le problème. (Van Zaalen-op't Hof, Wijnen et De Jonckere, P.H. 2009; Guitar 2006; Ward 2006).

CHANGEMENT D'ATTITUDE

Désigne la modification des pensées, des sentiments, des réactions et des attentes entourant le bégaiement par la personne qui bégaie.

COMPORTEMENTS DE FUITE

Comportements qui accompagnent l'émission d'un mot bégayé par le locuteur comme les clignotements d'yeux, les hochements de tête ou les interjections de mots/sons inducteurs (p. ex. « euh »).

COMPORTEMENTS SECONDAIRES

Comportements qui se manifestent naturellement pour mettre fin au moment de bégaiement ou l'éviter. Ils comprennent les comportements d'évitement et de fuite ainsi que les mouvements associés à la tension musculaire.

COUNSELING

Le counseling comprend les activités et les comportements qui ont pour but de donner de l'information et du soutien aux patients/clients et à leurs proches qui vivent une détresse émotionnelle liée à un trouble de communication. Il peut inclure la réduction systématique du stress et de l'anxiété dans les situations de conversation ou aider un patient/client à accepter son diagnostic de problème de communication.

L'évaluation et le traitement des troubles cognitifs, émotionnels ou comportementaux par des moyens psychothérapeutiques sont hors du champ de pratique des audiologistes et des orthophonistes.

DÉPISTAGE

Processus qui consiste pour le membre à appliquer des mesures destinées à identifier les patients qui pourraient présenter un trouble d'audition, d'équilibre, de communication, de déglutition ou des troubles similaires à la seule fin de déterminer leur besoin d'évaluation audiolinguistique ou orthophonique, ou les deux. Le processus de dépistage ne comprend pas :

- remarquer en passant un trouble possible de bégaiement, d'audition, d'équilibre, de communication, de déglutition ou d'autres troubles similaires;
- se pencher sur les données partagées au sujet du trouble potentiel de bégaiement, d'audition, d'équilibre, de communication, de déglutition ou des troubles similaires d'une personne dans le but de fournir des renseignements généraux ou de recommander que la personne soit dirigée vers un orthophoniste ou un audiologiste en vue d'un dépistage ou d'une évaluation en orthophonie ou en audiolinguistique ou les deux.

DYSFLUIDITÉ NORMALE

Dysfluidités de la parole telles que des hésitations, des répétitions de mots entiers ou de syntagmes et l'insertion de mots explétifs vides (p. ex. « euh ») attribuables aux efforts de formulation du langage.

ÉTABLISSEMENT

Désigne le développement initial des habiletés de fluidité verbale à l'intérieur d'environnements limités tels que la clinique ou la maison.

ÉVITEMENT

L'évitement se produit lorsque la personne anticipe le bégaiement et choisit de ne pas parler ou de ne pas participer à une interaction sociale (évitement situationnel) ou modifie les mots ou la structure grammaticale d'un énoncé par rapport à l'intention (évitement linguistique).

FORMATION À L'AFFIRMATION

Processus qui consiste à développer un discours interne positif.

FLUIDITÉ FONCTIONNELLE

Capacité de communiquer efficacement, le bégaiement étant un obstacle mineur. Cette capacité résulte typiquement de la diminution de la quantité et du degré de bégaiement manifeste (explicite) et caché (implicite) ainsi que des changements d'attitude.

GAINS SECONDAIRES

Désigne les avantages du renforcement découlant d'un comportement qui semble avoir un résultat négatif (p. ex. le bégaiement peut provoquer de la sympathie).

INCIDENCE

Nombre de nouveaux cas d'une maladie ou d'un trouble particulier (bégaiement) au sein d'une population étudiée.

INTERVENTION

Intervention inclut le dépistage, l'évaluation, la prise en charge du traitement (direct et indirect), la consultation, l'enseignement et le counseling.

MAINTIEN

Désigne l'atteinte d'un schème stable de fluidité fonctionnelle, dans le temps, parallèlement à la participation décroissante du clinicien.

MANIPULATION ENVIRONNEMENTALE

Modification des facteurs externes pouvant influencer la quantité de bégaiement. Ces facteurs diffèrent d'une personne à l'autre et ne sont pas les mêmes pour les enfants et les adultes. Chez les enfants, par exemple, on encouragera les parents et les personnes significatives à développer des aptitudes d'écoute, à réduire les commentaires négatifs, à favoriser de meilleurs tours conversationnels, etc. Chez les adultes, on préconisera des stratégies qui prévoient plus de temps pour répondre lors de la conversation, la diminution des distractions et des bruits externes, etc.

MODIFICATION EN COURS DE BLOCAGE / SORTIE (*PULL OUT*)

Tentative délibérée de modifier et de contrôler un mot bégayé avant de le terminer.

MODIFICATION POST-BLOCAGE / SUPPRESSION (*CANCELLATION*)

Pause délibérée produite immédiatement après l'émission du mot bégayé, suivie d'une reproduction délibérée du même mot.

MODIFICATION PRÉ-BLOCAGE / ENSEMBLE PRÉPARATOIRE

Désigne la préparation interne avant l'émission du mot bégayé anticipé.

MONOLOGUE (DISCOURS) INTÉRIEUR

Processus cognitif où la personne a un monologue intérieur pour guider son comportement.

MOUVEMENTS ASSOCIÉS À LA TENSION MUSCULAIRE

Comportements mécaniques manifestés lors de l'émission d'un mot bégayé tels que les grimaces, les mouvements des bras, les tremblements, etc.

PAROLE PERÇUE COMME ÉTANT FLUIDE

Désigne une fluidité verbale jugée par l'interlocuteur moyen comme étant normale même si elle contient un certain nombre de dysfluidités.

PRÉVALENCE

La prévalence du bégaiement est le pourcentage de la population qui est touché par une maladie ou un trouble précis (bégaiement) à un moment donné.

PRISE EN CHARGE

La prise en charge comprend l'observation contrôlée (surveillance) du traitement (direct et indirect), le suivi, le counseling, l'enseignement et la planification du congé.

PROBLÈMES PSYCHO-ÉMOTIFS

Problèmes ayant à la fois une composante psychologique et émotive.

PROCÉDÉS PSYCHO-SOCIAUX

Procédés liés ou associés au lien entre les facteurs sociaux et les sentiments et comportements individuels.

PROLONGATIONS

Désigne l'étirement involontaire des sons/phonèmes individuels à l'intérieur d'un mot.

RECADRAGE

Démarche qui consiste à examiner un événement ou une situation d'un point de vue différent afin de refaçonner la réaction émotive provoquée lorsqu'elle est envisagée de façon négative.

RÉPÉTITIONS

Réitération involontaire de sons, de syllabes et/ou de mots.

STRATÉGIES DE GESTION DES CONTINGENCES

Approches qui visent le développement de la fluidité par l'utilisation systématique du renforcement positif des paroles fluides (p. ex. augmentation graduelle de la longueur et de la complexité des énoncés, programme Lidcombe).

TECHNIQUES D'ENSEIGNEMENT POUR L'ENTOURAGE DE LA PERSONNE QUI BÉGAIE

Processus qui consiste à donner aux personnes significatives dans l'entourage de la personne qui bégaie un enseignement sur des méthodes variées pour favoriser la fluidité.

TRANSFERT/GÉNÉRALISATION

Processus qui consiste à apprendre à appliquer les habiletés de fluidité verbale, apprises dans le contexte clinique, dans les situations de la vie quotidienne du patient/client.

L) QUESTIONS FRÉQUENTES

LISTES D'ATTENTE

1) Les orthophonistes n'ont pas toujours le contrôle sur le temps d'attente des patients/clients qui sont recommandés. Que pouvons-nous faire face aux longues listes d'attente pour les services d'orthophonie?

Le terme « en temps opportun » s'appliquant aux services est relatif et dépend de votre modèle de prestation de services et de l'environnement de votre lieu de travail. Lorsque c'est possible, vous devez utiliser votre jugement clinique pour établir les priorités des évaluations et des cas.

Plaidez pour des services et des mesures qui réduisent le temps d'attente des patients/clients qui bégaiement.

DÉPISTAGE

2) Dans mon milieu (Services auxiliaires de santé dans les écoles), nous ne faisons pas toujours un dépistage du bégaiement. Nous recevons l'information d'un orthophoniste du conseil scolaire qui a déjà effectué un dépistage pour identifier la présence de bégaiement.

Bien que le dépistage fasse partie du continuum de soins, la norme et les lignes directrices de pratique (NLDP) sur le bégaiement développemental n'exige pas que les membres fassent un dépistage. Vous pouvez utiliser l'information qu'on vous a fournie et votre jugement professionnel et passer directement à l'évaluation du bégaiement. Cependant, si vous faites un dépistage, vous devriez alors posséder les compétences appropriées et suivre les normes et lignes directrices pertinentes du présent document.

ÉVALUATION/TRAITEMENT

3) Il pourrait être impossible pour moi de veiller à la disponibilité de matériel et d'équipement dans mon milieu. Puis-je fournir une bonne évaluation et un bon traitement du bégaiement sans l'accès à du matériel d'enregistrement audio ou vidéo?

La norme de pratique dans la section des « Ressources nécessaires » stipule que « L'orthophoniste doit s'assurer que le matériel d'évaluation standardisé et l'équipement appropriés sont disponibles pour l'évaluation et la prise en charge du bégaiement ». Vous devez vous servir de votre jugement professionnel pour déterminer dans quelle situation et où vous allez utiliser cet équipement et ce matériel. Rappelez-vous qu'il y a plusieurs situations où l'équipement d'enregistrement est essentiel à l'évaluation ou à l'intervention et où vous devez donc veiller à leur disponibilité. De nos jours, beaucoup de téléphones intelligents et de tablettes électroniques ont des fonctions d'enregistrement. Si vous utilisez ces dispositifs, assurez-vous de documenter l'information pertinente et de supprimer le fichier de votre téléphone ou tablette. Si vous avez l'intention de conserver l'enregistrement, téléchargez ou envoyez par courriel le fichier son à votre portable ou ordinateur de bureau

sécurisé, puis supprimez le fichier de votre téléphone ou tablette. Les membres doivent plaider en faveur d'un minimum d'équipement requis.

4) Dans la prestation des services d'orthophonie, est-ce qu'on accorderait la priorité, ou au moins des concessions, aux clients qui présentent un type de bégaiement moins courant ou plus sévère afin d'aborder plus rapidement les cas de bégaiement plus graves?

Les NLDP sur le bégaiement encouragent les membres à plaider en faveur d'une intervention en temps plus opportun peu importe les mécanismes de parole présentés car ils ne reflètent pas toujours la gravité réelle du problème. De plus, l'identification précoce pourrait être critique pour éviter que le bégaiement s'aggrave.

5) Dans mon milieu, il est difficile d'obtenir un échantillon de situations de parole variées. Pour les enfants d'âge préscolaire, ce sont souvent les rapports des parents qui nous fournissent l'information additionnelle sur les autres environnements de parole. Il n'est pas possible d'observer les enfants dans d'autres environnements.

La norme de pratique dans la section « Détermination des risques à gérer » stipule que « L'orthophoniste doit examiner un vaste échantillon de situations d'expression orale avant d'en arriver à une conclusion sur la présence ou l'absence d'un comportement de bégaiement ».

Les auto-évaluations et les rapports parentaux sont utiles, mais ils ne sont pas nécessairement exacts. Les échantillons peuvent inclure des enregistrements obtenus par le patient/client ou ses proches ou l'observation directe de situations de communication diverses créées par le membre telles qu'un appel téléphonique, la lecture à voix haute, la conversation avec d'autres personnes (secrétaire de l'école, amis, parent, etc.).

COUNSELING

6) Dans quelles situations les besoins de counseling vont-ils au-delà « des limites prévues du trouble de bégaiement »?

Le counseling comprend les activités et les comportements qui ont pour but de donner de l'information et du soutien aux patients/clients et à leurs proches qui vivent une détresse émotionnelle liée à un trouble de communication, dans ce cas un bégaiement. Tous les membres devraient être capables d'offrir de l'information et du soutien à leurs patients/clients.

Les activités de counseling peuvent également inclure la réduction systématique de l'anxiété liée à des situations de conversation précises ou aider un patient/client ou un proche à accepter le diagnostic de problème de communication, etc. Tel que stipulé dans le [Code de déontologie](#) de l'Ordre, les audiologistes et les orthophonistes doivent exercer leur profession « dans les limites de leur compétence, déterminée par leur éducation, leur formation et leur expérience professionnelle » (point 4.2.2 du Code). Si vous estimez que vous n'avez pas les connaissances, les habiletés et le jugement pour aborder les facteurs de stress associés au bégaiement, il faudrait alors diriger le patient/client vers un orthophoniste qui a davantage d'expérience.

Si le patient/client partage avec vous des préoccupations émotives/psychosociales non liées au bégaiement, par exemple des difficultés au travail ou des problèmes relationnels, financiers, de dépression, de maîtrise de la colère, etc., vous devez le diriger vers un professionnel approprié.

L) RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE

- Alm, P.A (2004). Stuttering, emotions, and heart rate during anticipatory anxiety: a critical review. *Journal of Fluency Disorders*, 29 (2) 123-133.
- Ambrose, N., Cox, N., & Yairi, E. (1997). The genetic basis of persistence and recovery in stuttering. *Journal of Speech Language Hearing Research*, 40 (3), 567-580.
- American Speech-Language-Hearing Association. (1994). Guidelines for practice in stuttering treatment. *ASHA*, 37 (Suppl. 14), 26-35, Rockville, MD: Used with permission.
- American Speech-Language-Hearing Association. (1997). *Preferred practice patterns for the profession of speech-language*. Rockville, MD: Used with permission.
- Andrew, G., Craig, A., Feyer, A. M., Hoddinott, S., Howie, P., & Neilson, M. (1983). Stuttering: a review of research findings and theory circa 1982. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 48 (3), 226-246.
- Bloodstein, O. & Bernstein-Ratner, N. (2007). *A Handbook on stuttering* (6th ed.). Clifton Park, N.Y.: Thomas Delmar.
- Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists (1999) *Assessing and certifying clinical competency, foundations of clinical practice for audiology and speech-language pathology*, Ottawa, Ontario.
- Canadian Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists (2008) *Wait List Project Report on Benchmark Wait Times for Fluency*.
http://www.caslpa.ca/PDF/Fluency_Wait_List_Full_Report.pdf
- Corcoran, J. A. & Stewart, M. (1998). Stories of stuttering: A qualitative analysis of interview narratives. *Journal of Fluency Disorders*, 23, 247-264.
- Curlee, R. F. (1998). *Stuttering and related disorders of fluency* (2nd ed.). New York, NY: Thieme.
- De Nil, L. F., Rochon, E. & Jokel, R. (2008). Adult-onset neurogenic stuttering. In: McNeil, M.R. (Ed.) *Clinical management of sensorimotor speech disorders* (2nd ed., pp. 235-248). New York: Thieme.
- Drayna, D., Kilshaw, J., & Kelly, J. (1999). The sex ratio in familial persistent stuttering. *American Journal of Human Genetics*, 65, 1473-1475. DSM-IV (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Eadie, T. L. (2001). The ICDH-2: Theoretical and clinical implications for speech-language pathology. *Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 25(4), 181-200.
- Felsenfeld, S., Kirk, K., Zhu, G., Statham, D., Neale, M., & Martin, N., (2000). A study of the genetic and environmental etiology of stuttering in a selected twin sample. *Behavior Genetics*, 30 (5), 359-366.
- Guitar, B. (1998). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* (2nd ed.).

Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

- Guitar, B. (2006). *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature And Treatment* Lippincott Williams & Wilkins, (3rd Edition).
- Guitar, B. & McCauley, R. (2010). *Treatment of stuttering: established and emerging interventions*. Baltimore, MD. Williams & Wilkins.
- Kelman, E. & Nicholas, A. (2008). *Practical intervention for early childhood stammering: Palin PCI approach*. Milton Keynes, U.K., Speechmark.
- Kroll, R. & Beitchman, J. (2009). Stuttering, in Sadock, B, Sadock, V., and Ruiz, P.,(eds.) *Comprehensive textbook of psychiatry*, 9th ed. pp. 3528-3534. Philadelphia, Lippincott, Williams and Wilkins.
- Lincoln, M. & Onslow, M. (1997). Long-term outcome of early intervention for stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6(1), 51-58.
- Lundgren, K., Helm-Estabrooks, H. & Klein, R. (2010). Stuttering following acquired brain damage: A review of the literature. *Journal of Neurolinguistics*, 23(5), 447-454.
- Onslow, M., Packman, A., & Harrison, E., (2003). *The Lidcombe Program of early stuttering intervention: A clinician's guide*. Austin, Texas. Pro-Ed.
- Onslow, M. (1992). Identification of early stuttering: Issues and suggested strategies. *American Journal of Speech Language Pathology*, 1, 21-27.
- Roth, C. R., Aronson, A. E. & Davis Jr., L. J. (1989). Clinical studies in psychogenic stuttering of adult onset. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54, 634-646.
- Rustin L, H., Purser, H. & Rowley, D. (1987). *Progress in the treatment of fluency disorders*. Philadelphia, PA: Taylor & Francis, xviii.
- Seery, C.H. (2005). Differential diagnosis of stuttering for forensic purposes. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 14 (4), 284-297.
- St. Louis, K. O. (1986). *The atypical stutterer: Principles and practices of rehabilitation*. Orlando (Fla.): Academic Press Inc.
- Threats, T. T. (2002). *The international classification of functioning, disability and health*. Heart and Stroke Foundation of Ontario, Presentation, Aphasia Institute, Toronto.
- Theys, C., Van Wieringen, A., Sunaert, S., Thijs, V. & De Nil, L.F. (2011). A one year prospective study of neurogenic stuttering following stroke: Incidence and co-occurring disorders. *Journal of Communication Disorders*, 44 (6), 678-687.
- Van Zaalén- op't Hof, Y., Wijnen, F., De Jonckere, P.H. (2009). Differential diagnostic characteristics between cluttering and stuttering-part one. *Journal of Fluency Disorders*, 34 (3), 137-154.
- Ward, D., (2010). Sudden onset stuttering in an adult: Neurogenic and psychogenic perspectives. *Journal of Neurolinguistics*, 23(5), 511-517.
- Ward, D. (2006). *Stuttering and cluttering: Frameworks for understanding and treatment*. Psychology Press.

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE SUR LE BÉGAIEMENT DÉVELOPPEMENTAL

World Health Organization. (2001). *The international classification of functioning, disability, and health*. Geneva, Switzerland: Author.

Yairi, E., Ambrose, N. & Cox, N. (1996). Genetics of stuttering: A critical review. *Journal of Speech Language Hearing Research*, 39, 771-784.