



Université Paul Sabatier - Toulouse III

Faculté de Médecine Toulouse Rangueil

Enseignement des techniques de réadaptation

Mémoire présenté en vue de l'obtention du

Certificat de Capacité d'Orthophonie

**Information des médecins généralistes sur le bégaiement des
enfants de moins de 6 ans et sa prise en charge.**

Alice LACOMBE

Sous la direction de :

Esther LAPEBIE

Orthophoniste en cabinet libéral

JULIEN BERRA

Médecin de santé publique à la veille sanitaire

à l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Membres du jury :

Florence LIAUNET

Cécile BERGES

Juin 2022

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes ayant contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire. Je tiens à remercier tout particulièrement Esther Lapébie et Julien Berra d'avoir accepté d'encadrer ce mémoire. Merci pour leur confiance, leur accompagnement joyeux dans ce projet et leurs relectures attentives.

Merci aux médecins généralistes ayant participé à ce mémoire pour leur intérêt et leurs messages encourageants.

Merci aux Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins et aux orthophonistes qui ont accepté de diffuser le questionnaire.

Merci à Lola Monleau de m'avoir inspiré ce travail.

Je remercie les membres du jury, Florence Liaunet et Cécile Berges, pour le temps accordé à la lecture de ce mémoire.

Merci également aux orthophonistes auprès de qui j'ai pu réaliser des stages aussi divers que passionnants et qui ont su me transmettre leur amour du métier.

Un grand merci à mes parents pour l'amour et la confiance qu'ils m'ont accordé tout au long de ce parcours, à mon frère Paul pour ses encouragements inégalables et à mon frère Simon pour son implication et son soutien nécessaires à l'accomplissement de ce projet. Merci à ma grand-mère pour sa relecture.

Je souhaite remercier mes amies de promotion Anthéa, Charline, Mathilde et Romane pour tous les moments de joie et d'amitié passés ensemble, et tout particulièrement Amandine et Lucie sans qui ces cinq années n'auraient pas eu la même saveur.

Merci également à mes amis du quotidien et de l'exceptionnel avec qui j'ai partagé ces cinq années et spécialement Chloé, Jòrdi, Lucile et Mathilde.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	4
LISTE DES ABREVIATIONS.....	5
INTRODUCTION.....	6
APPORTS THEORIQUES.....	7
1. Le bégaiement.....	7
1.1 Définition.....	7
1.2 Épidémiologie.....	8
1.3 Étiologies.....	8
1.3.1 Génétique.....	8
1.3.2 Neuroanatomique et fonctionnelle.....	9
1.4 Stéréotypes sociaux sur le bégaiement.....	10
2. Diagnostic et prise en charge.....	11
2.1 Diagnostic.....	11
2.1.1 Éléments diagnostiques.....	11
2.1.2 Diagnostic différentiel et troubles apparentés.....	12
2.1.3 Le diagnostic du médecin généraliste.....	13
2.2 Traitements et prise en charge.....	14
2.2.1 Pharmacologie.....	14
2.2.2 Orthophonie.....	14
2.2.3 Prise en charge transdisciplinaire.....	17
2.3 La prise en charge précoce et ses répercussions.....	17
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	19
MÉTHODOLOGIE.....	20
1. Population cible.....	20
2. Choix de la méthode.....	20
3. Construction du questionnaire.....	21
3.1 Structure du questionnaire.....	21
3.2 Justification des questions et objectifs.....	21
3.3 Formulation des questions et des réponses.....	25
3.4 Phase de pré-test et modifications apportées.....	27
3.5 Choix de la plateforme.....	28
3.6 Diffusion du questionnaire.....	28

4. Constitution de l'échantillon.....	29
5. Analyse et traitement des données.....	30
RÉSULTATS.....	31
1. Profil et données démographiques.....	31
2. Connaissances sur le bégaiement.....	32
3. Prise en charge du bégaiement.....	36
4. Influence des connaissances sur la prise en charge du bégaiement.....	38
DISCUSSION.....	47
1. Interprétation des résultats.....	47
1.1 Hypothèse 1.....	47
1.2 Hypothèse 2.....	48
2. Apports de l'étude.....	51
3. Biais et limites de l'étude.....	52
4. Perspectives.....	54
CONCLUSION.....	55
BIBLIOGRAPHIE.....	57
TABLE DES ANNEXES.....	62
RESUME/ABSTRACT.....	75

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 - Département d'exercice.....	34
Figure 2 - Causes du bégaiement Q.2.....	35
Figure 3 - Disparition spontanée au bout d'un an après son apparition Q.6.....	36
Figure 4 - Disparition spontanée avant l'adolescence Q.7.....	36
Figure 5 - Facteurs de risque de persistance Q.8.....	36
Figure 6 - Éléments anamnestiques Q.5.....	37
Figure 7 - Prise en charge de l'enfant qui bégaie Q.9.....	38
Figure 8 - Orientation vers un autre professionnel Q.9.4.....	39
Tableau 1 - Profil de l'échantillon.....	32
Tableau 2 - Médecins qui redirigent en fonction de la disparition spontanée au bout d'un an.....	40
Tableau 3 - Médecins qui attendent en fonction de la disparition spontanée au bout d'un an.....	40
Tableau 4 - Médecins qui redirigent en fonction de la guérison naturelle avant l'adolescence.....	41
Tableau 5 - Médecins qui attendent en fonction de la guérison naturelle avant l'adolescence.....	41
Tableau 6 - Conseils apportés par les médecins qui recommandent aux parents d'attendre.....	42
Tableau 7 - Conseils apportés par les médecins qui redirigent vers un autre professionnel.....	42
Tableau 8 - Médecins qui redirigent vers un psychologue en fonction de la classification du bégaiement.....	43
Tableau 9 - Origine mentionnée par les médecins qui orientent vers un psychologue.....	43
Tableau 10 - Médecins qui apportent des conseils en fonction du genre.....	44
Tableau 11 - Médecins qui conseillent d'attendre en fonction du genre.....	44
Tableau 12 - Médecins qui redirigent vers l'orthophoniste en fonction du genre.....	44
Tableau 13 - Médecins qui redirigent vers le pédiatre en fonction du genre.....	44
Tableau 14 - Médecins qui apportent des conseils en fonction du milieu d'exercice.....	45
Tableau 15 - Médecins qui conseillent d'attendre en fonction du milieu d'exercice.....	45
Tableau 16 - Médecins qui réorientent en fonction du milieu d'exercice.....	45
Tableau 17 - Médecins qui orientent vers un psychologue en fonction de l'ancienneté.....	46
Tableau 18 - Médecins qui orientent vers un ORL en fonction de l'ancienneté.....	46
Tableau 19 - Choc émotionnel mentionné comme origine en fonction de l'ancienneté.....	46
Tableau 20 - Origine génétique mentionnée en fonction de l'ancienneté.....	46
Tableau 21 - Médecins qui apportent des conseils en fonction de la confrontation au bégaiement....	47
Tableau 22 - Médecins qui réorientent en fonction de la confrontation au bégaiement.....	47

LISTE DES ABREVIATIONS

CIM 11 : Classification Internationale des maladies (onzième version)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DSM- 5 : Diagnostic and Statistical Manual Disorders (cinquième version)

APB : Association Parole Bégaiement

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques

ORL : Oto-Rhino-Laryngologiste

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

INTRODUCTION

Le bégaiement développemental est un trouble de la communication qui apparaît généralement entre 2 et 4 ans chez 5 % des enfants (Piérart, 2013). Il impacte la fluidité et le rythme de la parole de la personne qui bégaie (American Psychiatric Association, 2013).

Si la disparition du bégaiement se fait naturellement chez la plupart des enfants, il est, à ce jour, impossible de prédire quel enfant va développer un bégaiement développemental persistant. En revanche, on sait que le bégaiement peut avoir un impact important sur la qualité de vie de la personne qui bégaie. Ces deux éléments combinés sont en faveur d'une prise en charge précoce de la personne qui bégaie et de son entourage (Onslow, 2021).

L'intervention orthophonique est à ce jour l'action thérapeutique la plus préconisée. En effet, elle s'inscrit dans une démarche « evidence-based treatment » (Onslow, 2021).

Néanmoins, le mémoire de Lola Monleau (2021) a mis en évidence une prise en charge souvent tardive des personnes avec un trouble de la fluence due, en partie, à un manque d'orientation de la part des médecins. En effet, l'intervention orthophonique intervient sous prescription médicale et le médecin généraliste est le premier prescripteur chez les enfants de moins de 16 ans (J-JC, 2014). Cependant, il semblerait que les médecins généralistes aient peu de connaissances sur le bégaiement et les préconisations de prise en charge (Simon, 2009).

Ce mémoire s'intéresse donc aux informations des médecins généralistes sur le bégaiement des enfants de moins de 6 ans et sa prise en charge. Il a pour but d'essayer de comprendre les raisons de ce manque d'orientation et part du postulat que les médecins généralistes manquent d'informations récentes sur le bégaiement et sur sa prise en charge.

Dans un premier temps, nous étudierons ce qu'est le bégaiement développemental, ses causes, ses conséquences et les stéréotypes sociaux liés à ce trouble. Nous verrons ensuite comment s'établit le diagnostic de bégaiement développemental et quelle est la prise en charge la plus adaptée. Ces éléments théoriques nous permettront de justifier notre problématique et nos hypothèses. Afin d'y répondre, un questionnaire à destination des médecins généralistes sera établi et sa méthodologie sera présentée. Enfin, les résultats seront exposés, analysés et discutés.

APPORTS THEORIQUES

1. Le bégaiement

1.1 Définition

La définition la plus couramment admise est celle issue de la CIM 11 (ou Classification Internationale des maladies) établie par l'OMS (ou Organisation Mondiale de la Santé). Le bégaiement est considéré comme un trouble neurodéveloppemental ou plus précisément comme un trouble développemental de la fluidité de la parole. Il se caractérise par « une perturbation fréquente ou généralisée du flux rythmique normal et du débit de la parole caractérisée par des répétitions et des prolongations dans les sons, les syllabes, les mots et les phrases, ainsi que par le blocage et l'évitement ou la substitution des mots. La disfluence de la parole est persistante dans le temps. L'apparition de la disfluence de la parole se produit pendant la période de développement et la fluidité de la parole est nettement inférieure à ce à quoi on pourrait s'attendre pour l'âge. La disfluence de la parole entraîne une altération importante de la communication sociale, personnelle, familiale, éducative, professionnelle ou d'autres domaines importants du fonctionnement. La disfluence de la parole n'est pas mieux exprimée par un trouble du développement intellectuel, une maladie du système nerveux, une déficience sensorielle ou une anomalie structurelle, ou un autre trouble de la parole ou de la voix. » (World Health Organization, 2020)

Le DSM- 5 (ou Diagnostic and Statistical Manual Disorders) classe le bégaiement au rang des troubles de la communication. Il définit le bégaiement comme un trouble de la fluidité verbale apparaissant durant l'enfance. Il s'agirait d'une « perturbation de la fluidité normale et du rythme de la parole ne correspondant pas à l'âge du sujet et aux compétences langagières. La perturbation de la fluidité verbale entraîne une anxiété de la prise de parole ou des limitations de l'efficacité de la communication, de l'interaction sociale, de la réussite scolaire ou professionnelle. » (American Psychiatric Association, 2013).

On distingue trois types de bégaiement, à savoir le bégaiement développemental, le bégaiement développemental persistant et le bégaiement acquis (Didirkova, 2016). Le bégaiement développemental est la forme la plus fréquente qui apparaît généralement entre 2 et 5 ans et disparaît spontanément. Le bégaiement développemental persistant concerne les bégaiements apparus dans l'enfance et qui demeurent à l'âge adulte. Le bégaiement acquis désigne

les bégaiements à survenue soudaine tels que ceux neurogène, psychogène et iatrogène (Didirkova, 2016).

1.2 Épidémiologie

Le bégaiement touche environ 1 % de la population adulte dans le monde et près de 650 000 personnes en France (Didirkova, 2016). Il apparaîtrait généralement entre 2 et 4 ans chez 5 % des enfants (Piérart, 2013). La prévalence du bégaiement est plus élevée avant l'âge de 6 ans (Yairi & Ambrose, 2013).

Il semblerait que les garçons aient un risque plus élevé que les filles de bégayer. Au stade précoce, le sexe ratio est de 3 garçons pour 2 filles. Par la suite, ce rapport devient de 5 garçons pour 1 fille, en raison d'une meilleure récupération chez les femmes (Neumann et al., 2017).

Il est admis que le bégaiement concerne les individus de toutes les cultures (Onslow, 2021).

1.3 Étiologies

Les causes du bégaiement développemental sont plurielles. Les deux principales hypothèses étiologiques retrouvées dans la littérature sont la cause génétique et la cause neuroanatomique et fonctionnelle (Kochel, 2019).

1.3.1 Génétique

Une étude menée sur des jumeaux a mis en évidence le rôle de la génétique dans le bégaiement pour 80 % des garçons et 85 % des filles. Cette cause génétique est renforcée par une corrélation du bégaiement plus importante chez les paires monozygotes que chez les paires dizygotes (Ooki, 2005).

La génétique jouerait un rôle particulièrement important dans le bégaiement développemental persistant. 88 % des enfants avec un bégaiement persistant auraient des

antécédents familiaux, contre 65 % des enfants ayant une récupération spontanée (Yairi & Ambrose, 2013).

Plusieurs chercheurs ont tenté d'expliquer l'origine génétique du bégaiement en étudiant les structures chromosomiques. Des changements sur les chromosomes 3, 9, 12, 13, 18 ont été retrouvés chez la personne qui bégaie (Yairi & Ambrose, 2013). Des mutations pourraient être impliquées dans le bégaiement. Les gènes GNPTAB, GNPTG et NAGPA semblent notamment avoir été identifiés (Kang et al., 2010).

Si le facteur génétique ne suffit pas à expliquer à lui seul les causes du bégaiement, les chercheurs s'accordent à penser qu'il s'agit d'un trouble avec une cause polygénétique (Onslow, 2021).

1.3.2 Neuroanatomique et fonctionnelle

Actuellement, de nombreuses études se rejoignent sur le fait que le bégaiement serait dû à un défaut de transmission de l'information de la substance blanche dans les zones impliquées dans le langage (Onslow, 2021). Les enfants ayant un bégaiement développemental persistant auraient un développement différent de la substance blanche en comparaison des enfants contrôles. Une anomalie de la substance blanche dans le faisceau arqué et le corps calleux perturbant la transmission du signal a été relevée chez les enfants avec un bégaiement persistant (Chow & Chang, 2017).

L'étude de Belyk et al. (2015) fait une distinction entre deux types de bégaiement : celui de trait et celui d'état. Lors du bégaiement de trait, c'est-à-dire lorsque la personne qui bégaie a une parole fluente, il y a une suractivation du cortex moteur des lèvres dans l'hémisphère droit et une sous-activation du cortex moteur du larynx dans l'hémisphère gauche du cerveau. En revanche, lors du bégaiement d'état, c'est-à-dire lorsque la personne bégaie, il y a une suractivation du cortex moteur du larynx et des lèvres à droite.

Selon Chang et al. (2008), les études menées sur des adultes qui bégaient ont donc montré qu'il y avait une activation de la substance grise dans l'hémisphère droit plus importante que chez les personnes normo-fluents. Cependant, cette suractivation de l'hémisphère droit n'a pas été

retrouvée chez les enfants qui bégaiement. Ainsi, il se pourrait qu'il s'agisse d'une compensation de l'hémisphère droit en raison d'une dysfonction de l'hémisphère gauche chez la personne qui bégaiement.

Alm (2004) évoque également une anomalie de neurotransmission. La sécrétion de la dopamine (de la substance noire vers le striatum) aurait une influence dans le bégaiement. En effet, ce neurotransmetteur a un rôle dans le contrôle moteur de la parole, à la fois comme activateur (voie directe) et comme inhibiteur (voie indirecte) de la parole. Un déséquilibre existerait entre ces deux voies chez la personne qui bégaiement. Ainsi, une sécrétion trop importante de dopamine entraînerait un déséquilibre ayant pour conséquence un contrôle moindre de l'activité motrice de la parole menant à une impulsivité motrice plus importante.

1.4 Stéréotypes sociaux sur le bégaiement

De nombreux stéréotypes négatifs à l'encontre des personnes qui bégaiement existent dans la population générale, en particulier chez les individus qui ne connaissent pas de personnes présentant un trouble de la fluence. Les personnes qui bégaiement sont vues comme timides et manquant de confiance en elles (Klassen, 2001).

La plupart des individus interrogés semblent attribuer le bégaiement à une cause émotionnelle et peu d'entre eux ont connaissance de l'implication héréditaire dans le bégaiement (de Britto Pereira et al., 2008).

Les stéréotypes négatifs sur le bégaiement et sur la personne qui bégaiement sont retrouvés chez les professeurs (Abdalla & St. Louis, 2012), le public tout venant, mais aussi chez les orthophonistes (Negraoui, et al., 2018). Ils peuvent avoir un impact sur l'intégration sociale et professionnelle, sur l'éducation et sur la confiance en soi (Abdalla & St. Louis, 2012).

Une étude de Crichton-Smith (2003) interrogeant les personnes avec un bégaiement développemental persistant témoigne de l'impact du bégaiement dans l'accès à l'emploi, à l'éducation et sur l'estime de soi.

Blood et al (2003) ont montré que 85 % des adolescents qui bégaiement interrogés ont une estime de soi positive. Cependant, les attitudes négatives répétées à l'encontre de la personne qui

bégaie peuvent être un frein à la construction d'une « identité sociale positive » (Negraoui, et al., 2018).

L'étude de Crichton-Smith et al. (2003) qui s'intéresse au comportement des orthophonistes face au bégaiement relève une évolution des représentations du bégaiement en 15 ans, allant vers des attitudes plus positives envers la personne qui bégaie. L'idée que la personne qui bégaie a des difficultés psychologiques, qu'il existe un type de personnalité bègue ou encore que les parents sont à l'origine du bégaiement de leur enfant ne sont plus couramment admises par les orthophonistes. Cependant, les orthophonistes, en particulier celles et ceux qui n'ont pas de formation spécifique, continuent de penser que le bégaiement est un trouble difficile à prendre en charge.

Si des études se sont intéressées à la vision des orthophonistes sur le bégaiement, aucune étude ne semble concerner les stéréotypes des médecins quant au bégaiement et à la personne qui bégaie. En effet, les recherches menées sur les bases de données Archipel, PubMed, Google Scholar, Cairn et Persée avec les mots-clés « stereotype », « stuttering », « doctor », « physician », « medicine » ne nous ont pas permis de trouver de recherches menées à ce sujet. Ainsi, il semblerait que peu de personnes se soient intéressées à cette problématique. Il s'agit donc d'un champ à explorer, d'où l'intérêt de ce mémoire qui vient questionner les connaissances et les stéréotypes des médecins généralistes sur le bégaiement précoce.

2. Diagnostic et prise en charge

2.1 Diagnostic

2.1.1 Éléments diagnostiques

Le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) définit les perturbations de la fluence de la parole comme : « une perturbation de la fluidité normale et du rythme de la parole ne correspondant pas à l'âge du sujet. Cette perturbation est caractérisée par des répétitions fréquentes ou des allongements de sons ou de syllabes et par d'autres types de dysfluidités de la parole, y compris des mots tronqués (p. ex. des pauses dans le cours d'un mot), des blocages audibles ou silencieux (pauses dans le discours, comblées par autre chose ou laissées vacantes), des circonlocutions (substitutions de mots pour éviter un mot problématique), une tension physique excessive accompagnant la production de certains mots et la répétition de mots monosyllabiques

entiers (p. ex. « je je je je le vois »). [...] . L'ampleur de la perturbation est variable selon la situation et est souvent plus grave quand il y a une pression particulière à communiquer. ».

Le bégaiement se définit également par des comportements non-verbaux lors des disfluences tels que les lèvres pincées, la bouche ouverte, le clignement des yeux, la dilatation des narines, l'élévation des sourcils, des grimaces, des mouvements de la tête et du torse (Packman et Onslow, 1998, cités par Onslow, 2021).

Ces perturbations visibles sont généralement accompagnées d'éléments non-visibles. Des stratégies d'évitement se mettraient en place chez la personne qui bégaie, telles que des évitements de mots, des substitutions de mots ou encore des circonlocutions. Certaines personnes rapportent également l'évitement de situations de communication et une anxiété due à l'anticipation du bégaiement (Jackson et al., 2015).

Le bégaiement est considéré comme un trouble idiosyncrasique et n'est pas le même d'un individu à un autre (Onslow, 2021).

Les parents seraient des témoins fiables quant au bégaiement de leur enfant tant sur le plan quantitatif que qualitatif (Tumanova et al., 2018). Ainsi, le médecin qui rencontre le patient et ses parents peut se référer à ce que disent les parents pour orienter l'enfant, même s'il ne perçoit pas le bégaiement durant l'entretien (Winters & Byrd, 2020).

2.1.2 Diagnostic différentiel et troubles apparentés

Il faut différencier le bégaiement du bredouillement. Le bredouillement se caractérise par une articulation rapide, irrégulière et imprécise qui impacte l'intelligibilité (Van Zaalen et al., 2009). A cela s'ajoutent des disfluences excessives, des omissions ou réductions de syllabes (Ward & Scott, 2011).

Le bégaiement développemental doit également être différencié des disfluences normales de la parole chez le jeune enfant. Les disfluences normales peuvent se caractériser par des répétitions de mots ou de phrases, des interjections ou encore des pauses (American Psychiatric Association,

2013). Les disfluences peuvent être plus importantes lorsque l'enfant est fatigué, énervé ou pressé (Perez & Stoeckle, 2016).

2.1.3 Le diagnostic du médecin généraliste

Le médecin généraliste est le premier prescripteur chez les enfants de moins de 16 ans. 79 % des enfants consultent un médecin généraliste (J-JC, 2014).

Un bilan orthophonique doit être prescrit par un médecin. Cependant, 64 % des médecins généralistes affirment ne pas avoir eu de cours sur l'orthophonie durant leurs années d'étude (Mouranche, 2004).

Il semblerait que l'orthophonie et le bégaiement soient évoqués brièvement au cours de l'externat, durant les cours d'ORL (ou Oto-Rhino-Laryngologie) (Collège Français d'ORL & CCF, s. d.).

Concernant le bégaiement, il existe des plaquettes d'informations fournies par des associations telles que l'APB (ou Association Parole Bégaiement). En effet, l'APB propose un « kit d'information sur le bégaiement de l'enfant à destination des médecins généralistes » (*Annexe I*).

Selon Simon (2009), les médecins généralistes choisiraient d'attendre avant d'orienter l'enfant vers un thérapeute et beaucoup d'entre eux rapporteraient leur méconnaissance sur le sujet.

De plus, il semblerait que les pédiatres se basent sur des comportements d'élocution visibles afin d'orienter l'enfant vers un orthophoniste. Le discours rapporté par les parents sur le bégaiement de leur enfant ne suffit pas au pédiatre pour orienter l'enfant vers un professionnel spécialisé (Winters & Byrd, 2020).

2.2 Traitements et prise en charge

2.2.1 Pharmacologie

De nombreuses études ont été menées afin de trouver un traitement médicamenteux efficace contre le bégaiement. Celles-ci portaient sur les neuroleptiques, antidépresseurs, antiépileptiques, anxiolytiques, anti-hypertenseurs, jusqu'à récemment les antagonistes de la dopamine (Onslow, 2021).

Une revue systématique étudiant la portée méthodologique des recherches menées entre 1970 et 2005 sur les traitements pharmacologiques du bégaiement conclut qu'aucun traitement efficace (permettant de réduire le bégaiement et sa fréquence significativement) n'a été trouvé (Bothe et al., 2006).

Comme mentionné auparavant, la dopamine jouerait un rôle dans le bégaiement. C'est pourquoi, une étude préliminaire a été conduite afin de déterminer l'efficacité d'un antagoniste de la dopamine. Cette étude montre une amélioration du bégaiement (Maguire et al., 2019). Cependant, l'échantillon de cette étude n'est pas assez large pour que celle-ci soit significative (Onslow, 2021). En effet, seulement cinq participants ont pu être inclus dans cette étude préliminaire (Maguire et al., 2019).

2.2.2 Orthophonie

Trois traitements orthophoniques ont montré leur efficacité dans l'intervention précoce du bégaiement développemental. Ces thérapies sont considérées comme « evidence-based treatments » (Onslow, 2021).

- Lidcombe Program :

Il s'agit d'un traitement s'adressant généralement aux enfants de moins de 6 ans. Il est fondé sur le renforcement positif de la parole de l'enfant. Ce traitement est proposé par les parents, qui sont en amont formés par l'orthophoniste (Kochel, 2019).

Les parents sont formés à donner un commentaire à l'enfant sur sa parole, ainsi qu'à apprécier le bégaiement de l'enfant sur une échelle de 0 à 9. Le parent est amené à produire trois types de commentaires sur la parole sans bégaiement : des compliments, des commentaires factuels et

demander à l'enfant d'auto-évaluer sa parole. Dans un deuxième temps, le parent introduit deux types de commentaires sur la parole bégayée : la reconnaissance et la demande d'auto-correction.

Deux commentaires facultatifs peuvent également être apportés : la valorisation de l'auto-évaluation spontanée de l'enfant de sa parole sans bégaiement et la valorisation de l'auto-correction spontanée.

Le programme se décompose en deux phases :

- Phase 1 : Les parents appliquent le traitement tous les jours. Ils se rendent chez l'orthophoniste avec leur enfant toutes les semaines, jusqu'à ce que l'enfant ait une parole fluente.

- Phase 2 : Les parents réduisent les commentaires. L'objectif est le maintien d'une parole fluente (Onslow, 2021).

- Westmead Program :

Ce programme utilise le parler rythmé par des syllabes, autrement appelé le « parler robot ». Le parent et l'enfant doivent parler comme cela 4 à 6 fois par jour, pendant 5 à 10 minutes.

Ils voient ensemble l'orthophoniste une fois par semaine. Ce professionnel doit s'assurer que le traitement est appliqué correctement.

Ce programme se compose de deux périodes :

- Période 1 : L'objectif est de parvenir à ne plus bégayer. Les parents et l'enfant apprennent ensemble le schéma de parole, puis le mettent en pratique chaque jour.

- Période 2 : L'objectif est le maintien d'une parole fluente dans le temps (Onslow, 2021).

- Palin Parent-Child Interaction Therapy ou RESTART-DCM

Ces deux traitements sont similaires sur le plan conceptuel. Ils sont basés sur des modèles multifactoriels. Ces modèles soutiennent que le bégaiement est déclenché et maintenu par l'interaction de nombreux facteurs (physiologiques, linguistiques, émotionnels, environnementaux). Ces facteurs interagissent d'une manière propre à chaque enfant pouvant déclencher un bégaiement, mais ils ne sont pas nécessaires.

Le Palin Parent-Child Interaction Therapy a pour objectif de diminuer le bégaiement et d'aider les parents à gérer et comprendre le bégaiement de leur enfant et ce qu'il induit.

Il débute par une évaluation autour du développement de la parole et du langage, ainsi que du bégaiement. L'orthophoniste doit cibler les éléments déclencheurs du bégaiement, ce qui l'entretient et comment cela affecte l'enfant.

Les parents doivent réaliser des « temps spéciaux », c'est-à-dire des périodes de 5 minutes avec leur enfant, 3 à 5 fois par semaine, où ils pourront appliquer leurs objectifs d'interaction. Une généralisation des changements effectués dans le style interactif est souhaitée. Les parents doivent tenir un journal dans lequel ils indiquent les activités effectuées et les objectifs d'interaction fixés pour chaque « temps spécial ».

Ce traitement comprend deux étapes :

- 1ère étape : 6 visites hebdomadaires d'une heure à la clinique sont effectuées. Les deux parents doivent être présents. Ils réalisent un « temps spécial » filmé et regardent le journal avec le clinicien.
- 2ème étape : Une phase de consolidation de 6 semaines a lieu à la maison, durant laquelle les parents envoient le journal au clinicien (Onslow, 2021).

Le RESTART-DCM Treatment débute par 5 tests (de langage, d'articulation et de la fonction motrice orale) et par des vidéos de jeu entre parents-enfant.

Au cours du traitement, les parents doivent réaliser des moments privilégiés avec leur enfant de 15 minutes par jour, au moins 5 jours par semaine, au cours desquels ils vont diminuer leurs exigences et mettre en œuvre les conseils du clinicien. Ils devront tenir un registre de ces moments.

Les parents et l'enfant se rendent à la clinique une heure par semaine. Ils parlent ensemble de ce qui a été mis en œuvre, des progrès et des changements pour la semaine à venir. Au bout de quatre visites, les parents s'y rendent seuls.

Plusieurs objectifs doivent être atteints tels que : réduire les exigences motrices, linguistiques, émotionnelles et cognitives, renforcer les capacités motrices, linguistiques, émotionnelles et cognitives.

Une fois que l'enfant présente une parole normale et fluente, que les parents mettent en place un environnement favorable pour cette parole et qu'ils savent comment réagir en cas de rechute, une phase de maintien, de 24 mois, est mise en place. Pendant cette période, trois visites par mois, puis tous les trois mois ont lieu à la clinique (Onslow, 2021).

D'autres traitements sont considérés comme efficaces pour le traitement du bégaiement développemental persistant, telles que les thérapies de restructuration de la parole. Nous pouvons, par exemple, citer le Camperdown Program (Onslow, 2021). Cependant, comme ce mémoire s'intéresse au bégaiement précoce, nous ne développerons pas ces techniques.

2.2.3 Prise en charge transdisciplinaire

L'intérêt de l'approche transdisciplinaire a été démontrée en santé. La transdisciplinarité permet la prise en compte du patient dans sa complexité. Elle se base sur une coopération entre les professionnels de santé, mais également avec le patient (Guérin & Fernandez, 2017). La collaboration entre professionnels est souvent mise à mal par un manque de connaissances des champs de compétences de chacun (Bourguignon, 2010, cité par Guérin & Fernandez, 2017).

L'approche transdisciplinaire entend mêler et harmoniser les connaissances des différentes professions entre elles, afin de sortir d'une vision morcelée de la pathologie en plusieurs troubles. Ainsi, la pathologie est perçue comme une interdépendance des troubles entre eux. Des objectifs communs aux différentes professions de santé sont co-établis pour répondre à la complexité de la pathologie (Fournier & Trillaud, 2012).

Peu d'études se sont intéressées à la transdisciplinarité dans le trouble de la fluence. Aussi, cette étude aura pour objectif d'essayer de comprendre comment améliorer la prise en charge du bégaiement en favorisant la transdisciplinarité.

2.3 La prise en charge précoce et ses répercussions

Selon Yairi et Ambrose (2013), de nombreuses études, utilisant des méthodes variées, ont été menées sur la guérison naturelle et la persistance du bégaiement. Les études récentes à ce sujet ont trouvé un taux de récupération spontanée entre 68 % et 96 %. Une méthode de déduction statistique permettrait de calculer le taux de guérison ou de persistance du bégaiement, en fonction de la disparité entre le taux d'incidence et de prévalence. Si l'incidence est de 5 % et que la prévalence est de 1 %, le taux de guérison serait de 80 % et le taux de persistance de 20 %.

En revanche, le taux de guérison naturelle est inférieur à 10 % 9 à 18 mois après l'apparition du bégaiement (Onslow, 2021).

Comme vu précédemment, il semblerait que les femmes aient une meilleure récupération spontanée que les hommes (Neumann et al., 2017).

L'étude de Singer et al. (2020) a mis en avant des caractéristiques pouvant impacter la guérison ou la persistance du bégaiement. En effet, les enfants avec un bégaiement persistant étaient

plus susceptibles d'être de sexe masculin, d'avoir bégayé à un âge plus avancé, d'avoir des antécédents familiaux de bégaiement, d'avoir un bégaiement plus sévère (fréquence plus élevée de disfluences), d'avoir des capacités phonologiques moins précises tant sur le plan expressif que réceptif. Cependant, si ces caractéristiques peuvent constituer une aide clinique, elles ne peuvent pas permettre de prédire individuellement la persistance du bégaiement.

Ainsi, même si l'on sait que les trois-quarts des enfants auront un rétablissement naturel, il n'est pas possible de prédire pour quel enfant cela se produira. L'intervention précoce semble être la meilleure option à ce jour, étant donné l'impact de ce trouble sur la qualité de vie. En effet, on sait que le bégaiement est un facteur de risque d'anxiété sociale et qu'il peut impacter la vie scolaire et professionnelle de la personne qui bégaie. Ces difficultés peuvent apparaître dès l'âge de 7 ans et trouvent leur origine dès la période pré-scolaire (stigmatisation, comportements négatifs de l'entourage, moqueries). La disparition naturelle du bégaiement 18 mois après son apparition étant faible, le bégaiement doit être traité le plus tôt possible (Onslow, 2021).

De plus, les essais cliniques semblent être en faveur d'une intervention précoce. Il semblerait que le bégaiement soit plus facile à traiter chez l'enfant que chez l'adulte et l'adolescent. En effet, la stimulation des éléments verbaux n'est pas suffisante à un âge avancé et un travail de restructuration de la parole semble nécessaire. En outre, les risques de rechute semblent moins élevés dans l'enfance (Onslow, 2021).

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

Les médecins généralistes jouent un rôle à la fois dans le diagnostic et dans la prise en charge du bégaiement. Ces professionnels sont les premiers à rencontrer la personne qui bégaie et à recueillir sa plainte et celle de son entourage. Ils jouent ensuite un rôle dans l'orientation de la personne vers le professionnel adéquat. Afin de remplir au mieux leur rôle de diagnostic, de prévention et d'orientation, les médecins doivent avoir un certain nombre de connaissances sur la pathologie et sa prise en charge.

Néanmoins, comme nous l'avons vu, il semblerait que les médecins généralistes préfèrent attendre une évolution éventuelle du bégaiement plutôt que d'orienter le plus précocement possible la personne qui bégaie (Simon, 2009). Cependant, les recommandations actuelles sont en faveur d'une intervention orthophonique précoce.

C'est pourquoi, il convient de se demander : « **Les médecins généralistes ont-ils besoin de plus d'informations récentes pour améliorer leur prise en charge du bégaiement des enfants de moins de 6 ans ?** »

Cette étude cherche à faire un état des lieux et à analyser les savoirs et les pratiques des médecins généralistes en France quant à la prise en charge précoce du bégaiement développemental afin de cibler leurs éventuels besoins pour améliorer cette prise en charge.

Afin de répondre à cette problématique, deux hypothèses sont proposées auxquelles nous essaierons de répondre au cours de cette étude :

Hypothèse 1 : Les médecins généralistes manquent d'informations récentes sur le diagnostic du bégaiement développemental des enfants de moins de 6 ans.

Hypothèse 2 : Les médecins généralistes manquent d'informations récentes sur la prise en charge du bégaiement développemental des enfants de moins de 6 ans.

MÉTHODOLOGIE

1. Population cible

La population étudiée est celle des médecins généralistes. Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Exercer en tant que médecin généraliste
- Exercer en France (métropolitaine ou département et région d'outre-mer)

Des internes en médecine générale ont répondu au questionnaire. Nous avons choisi de les inclure, car il nous semblait pertinent de recueillir leurs connaissances sur le bégaiement et ainsi de déterminer si la pratique peut influencer les réponses et enrichir les savoirs, mais aussi si des informations plus récentes sont apportées au cours des études.

Selon la DREES (ou Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) (Anguis et al., 2021), au 1er janvier 2021, 94 500 médecins généralistes exerçaient en France. Le principal mode d'exercice est l'exercice libéral qui concerne 65 % des médecins généralistes (libéral ou mixte).

Selon le Conseil National des médecins, il y aurait une féminisation de la profession qui compte 51,5 % de femmes dont 65 % de moins de 39 ans.

Au vu de la tendance actuelle à diminuer l'exercice libéral pour aller vers un exercice mixte (Anguis et al., 2021), et afin que notre échantillon soit représentatif de la population cible, nous avons choisi d'inclure toutes les modalités d'exercice des médecins généralistes.

2. Choix de la méthode

Afin de faire un état des lieux des informations des médecins généralistes sur le bégaiement des enfants de moins de 6 ans et sa prise en charge, nous avons choisi de proposer un questionnaire auto-administré. Le questionnaire en ligne nous semblait l'outil le plus adapté pour recenser les savoirs et pratiques des médecins de toute la France, en un temps limité. En effet, cet outil permet aux médecins de remplir le questionnaire en autonomie au moment le plus opportun pour chacun.

De plus, le questionnaire en ligne est facile d'accès et d'envoi, un simple lien suffit pour répondre au questionnaire.

3. Construction du questionnaire

3.1 Structure du questionnaire

Le questionnaire (*Annexe II*) se divise en cinq parties :

- La première partie contient un texte introductif à destination des médecins généralistes et une notice d'information (*Annexe III*). Cette partie a pour but d'informer les répondants de l'objectif de l'étude, de sa durée, de l'utilisation des données, du consentement à cette utilisation, ainsi que de leurs droits. Le fichier concernant la notice d'information a été joint, afin que les participants puissent le télécharger.
- La deuxième partie du questionnaire tente de répondre à la première hypothèse, à savoir « Les médecins généralistes manquent d'informations récentes sur le diagnostic du bégaiement développemental des enfants de moins de 6 ans ».
- La troisième partie du questionnaire tente de répondre à la deuxième hypothèse, à savoir « Les médecins généralistes manquent d'informations récentes sur la prise en charge du bégaiement développemental des enfants de moins de 6 ans. »
- La quatrième partie du questionnaire concerne le profil et les données démographiques des répondants.
- Enfin, la cinquième partie contient les remarques supplémentaires des répondants et les remerciements à leur égard pour leur participation au questionnaire.

3.2 Justification des questions et objectifs

Chaque question de cette enquête avait un objectif précis que nous avons détaillé.

- **Partie 2 : Connaissances sur le bégaiement**

Nous sommes partis du principe qu'il est nécessaire de connaître la **définition du bégaiement** (classification, origine, prévalence, conséquences) afin de poser un diagnostic correct et d'identifier ce qu'est le bégaiement. Les questions suivantes cherchent à répondre à ce premier point :

Q1 - Pensez- vous que le bégaiement est : un trouble de la communication/du langage oral/psychologique	Estimer les connaissances générales des médecins sur ce qu'est le bégaiement.
Q2 – Est-ce que le bégaiement est : d'origine génétique/ de la timidité/ un manque d'estime de soi/ dû à un choc émotionnel/ d'origine neurologique/héréditaire	Estimer les connaissances des médecins sur l'origine, les causes du trouble.
Q3 – Selon vous quelle est la prévalence du bégaiement chez l'enfant de moins de 6 ans ? 5 % / 2 % / 9 %	Estimer la connaissance de la prévalence.
Q4 – Pensez-vous que les enfants qui bégaiement ont : une estime de soi plus élevée que la moyenne/ une estime de soi plus faible que la moyenne/ pas d'influence sur l'estime de soi	Déterminer la connaissance des médecins sur les causes et conséquences du bégaiement et les stéréotypes à son sujet.

Afin de poser un diagnostic de bégaiement, il est également nécessaire de connaître les **signes évocateurs** et les éléments à prendre en compte dans l'anamnèse. C'est ce que cherche à démontrer la question suivante :

Q5 – Quels éléments anamnestiques peuvent vous faire penser à une hypothèse de bégaiement ? : L'enfant répète des sons ou des syllabes/ bloque sur des sons ou des mots/ présente des tensions corporelles/ détourne son regard/ Une perte du rythme/ Un parent rapporte un trouble de la fluence/ L'enfant effectue des prolongations de sons/ Autre	Estimer la connaissance de signes évocateurs des médecins et des éléments à relever dans l'anamnèse.
---	--

Ce mémoire s'intéressant à l'**intervention précoce**, les questions suivantes cherchent à montrer les connaissances des médecins généralistes sur la disparition spontanée du bégaiement et

les facteurs de risque de persistance. Il s'agit de connaissances sur le bégaiement à mettre en lien avec les choix de prise en charge.

Q6 – Selon vous, quel est le pourcentage de disparition spontanée du bégaiement au bout d'un an après son apparition ? : Moins de 10% / Environ 50%/ Environ 60%	Estimer la connaissance des médecins sur la disparition spontanée et faire du lien avec la question 9.
Q7 – Selon vous quel est le taux de guérison naturelle du bégaiement développemental avant l'adolescence ? : 50 % / 15 % / 80 %	Estimer la connaissance sur la disparition spontanée et faire du lien avec la question 9.
Q8 – Selon vous, quels sont les facteurs de risque de persistance du bégaiement ? : Antécédents familiaux de bégaiement/ Sexe/ Fragilité psychologique/ Durée de la période de bégaiement/ Trouble phonologique (production et perception des sons affectées)/ Sévérité du bégaiement	Estimer la connaissance des médecins des facteurs de risque de persistance et faire du lien avec la question 9.

- **Partie 3 : Parcours de prise en charge**

Les questions de cette partie visent à faire un état des lieux de la prise en charge du bégaiement par le médecin généraliste en France. Les questions ont été pensées en arborescence. Elles sont introduites en premier lieu par un « cas clinique ». Des questions différentes apparaissent en fonction des réponses des participants.

Q9 – Vous recevez un enfant de 4 ans dans votre bureau. Ses parents vous disent qu'ils sont inquiets, car ils ont remarqué que leur enfant bégaie. Que faites-vous ? Vous l'examinez (examen ORL, ophtalmo, etc.)/ Vous conseillez aux parents d'attendre de voir si le bégaiement disparaît spontanément/ Vous redirigez l'enfant vers un autre	Faire un inventaire des pratiques des médecins lors d'une rencontre avec un enfant qui bégaie.
--	--

professionnel/ Vous apportez des conseils aux parents sur la bonne posture à adopter face à leur enfant/ Vous lui prescrivez un traitement/ Autre	
Q9.1 – Si <i>Autre</i> → Autre :	Déterminer s’il existe d’autres pratiques auxquelles nous n’aurions pas songé.
Q9.2 – Si <i>Vous apportez des conseils aux parents sur la bonne posture à adopter face à leur enfant</i> → Quels conseils apportez-vous aux parents ? : Dire à son enfant de respirer avant de parler/ Parler plus lentement à son enfant/ Faire répéter son enfant/ Répéter ses propositions/ Proposer le mot que l’enfant cherche/ Autre	Estimer les informations que les médecins ont sur les conseils à apporter aux parents et s’ils manquent d’informations récentes.
Q9.3 – Si <i>Vous lui prescrivez un traitement</i> → Quel traitement lui prescrivez-vous ?	Estimer la connaissance des médecins sur les traitements médicamenteux recommandés ou non dans le cadre du bégaiement et faire du lien avec la question 1 et 2 (a priori sur des causes psychologiques, dépressives, organiques, etc.).
Q9.4 – Si <i>Vous redirigez l’enfant vers un autre professionnel</i> → Vous orientez l’enfant et les parents vers : Un pédiatre/ Un orthophoniste/ Un psychologue/ Un psychiatre ou pédopsychiatre/ Un ORL/ Autre	Déterminer la connaissance des recommandations de prise en soin orthophonique, faire un inventaire des pratiques et orientations dans le cadre du bégaiement développemental et faire du lien avec les questions 1, 2, 4, 8.
Q9.4.1/2/3/4/5/6 – Pourquoi orientez-vous l’enfant vers : Un pédiatre/ Un orthophoniste/ Un psychologue/ Un psychiatre ou pédopsychiatre/ Un ORL/ autre :	Connaître les justifications des orientations vers d’autres professionnels afin de connaître les motivations des médecins dans ces orientations et de mieux en comprendre les raisons (à mettre en lien avec les questions 1,2,4).

- **Partie 4 : Profil et données démographiques**

Cette partie a pour objectif d'établir le profil des répondants afin de caractériser l'échantillon de cette étude. C'est ce à quoi tentent de répondre les questions suivantes :

Q10 – Vous êtes : Un homme/ Une femme/ Autre	Vérifier la répartition de l'échantillon.
Q11 – Département d'exercice :	Vérifier la répartition de l'échantillon.
Q12 – Age :	Vérifier la répartition de l'échantillon.

Les questions suivantes permettent de déterminer s'il existe des différences dans les réponses selon les profils et les territoires :

Q13 – Année d'obtention du diplôme :	Déterminer si la récence du diplôme permet des réponses plus actualisées.
Q14 – Quel est votre type d'exercice : Cabinet libéral/ Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP)/ Domicile/ Hôpital/ Autre	Déterminer s'il existe des différences selon le mode d'exercice.
Q15 – Je suis actuellement interne en médecine générale.	Déterminer si la récence du diplôme permet des réponses plus actualisées et si la pratique impacte les réponses et les savoirs.
Q16 – Avez-vous déjà reçu des enfants de moins de 6 ans présentant un bégaiement ou ce qui pourrait s'y apparenter ? : Oui/ Non	Déterminer si la confrontation au bégaiement a un impact sur les connaissances sur celui-ci.

En définitive, les questions cherchent à répondre à quatre grands axes : établir l'échantillon, répondre à l'hypothèse 1, répondre à l'hypothèse 2, déterminer des pistes explicatives et tenter de mettre en lien les éléments (*Annexe IV*).

3.3 Formulation des questions et des réponses

Afin que la formulation des questions soit la plus correcte possible, nous avons fait attention à plusieurs éléments :

- S'inscrire dans un cadre temporel :

Il est important d'éviter les questions induisant des réponses trop généralistes. Ainsi, il faut inscrire la question dans un cadre temporel ou une situation précise (De Singly, 2020). C'est pourquoi, nous avons fait le choix d'introduire la troisième partie (sur la prise en charge) par une étude de cas. Effectivement, cela permet au répondant de répondre selon une situation précise, même s'il n'a jamais été confronté au bégaiement auparavant. Nous avons donc ajouté la phrase suivante : « Vous recevez un enfant de 4 ans dans votre bureau. Ses parents vous disent qu'ils sont inquiets, car ils ont remarqué que leur enfant bégaié. »

- Être neutre et éviter les interprétations hâtives :

Il est nécessaire d'accompagner les « questions de fait » de « questions d'opinion ». Il est intéressant de demander des justifications aux répondants. Cela permet de comprendre les raisons qui motivent l'individu et les explications qu'il donne à ses actions (De Singly, 2020). Afin de mieux comprendre les représentations des médecins généralistes, nous avons choisi de demander des justifications pour chaque orientation vers un autre professionnel. Cela permet de ne pas interpréter les choix d'orientation et de mieux comprendre ce qui les motive.

De plus, il peut être pertinent d'intégrer aux questions la catégorie « autre ». Cela permet de laisser place aux réponses auxquelles nous n'aurions pas pensé (De Singly, 2020). Nous avons fait le choix d'intégrer cette catégorie dans plusieurs questions. Pour la deuxième partie, qui concerne le diagnostic du bégaiement, nous avons proposé ce type de réponse pour compléter les éléments anamnestiques. Pour la troisième partie, nous avons systématiquement proposé cette catégorie dans nos questions, afin de cibler au mieux les actions possibles pour prendre en charge un enfant qui bégaié, les conseils apportés aux parents, et les orientations possibles.

En définitive, nous comptons dans le questionnaire final :

- 10 questions ouvertes
- 15 questions fermées
- 3 catégories « autre » à justifier
- 2 questions facultatives

- Favoriser l'expression personnelle et réduire la pression de répondre la solution correcte :

Nous avons privilégié, quand cela était possible, les réponses à choix multiples. En effet, cela permet d'obtenir des réponses plus personnelles et de réduire la pression de « la bonne solution » (De Singly, 2020).

Enfin, nous avons essayé de porter attention aux mots introductifs employés. Effectivement, il semble que l'emploi de « Est-ce que », « Pensez-vous » ou « Selon vous » induit une opinion personnelle et réduit l'exigence de la norme (De Singly, 2020). C'est pourquoi, nous avons essayé d'employer prioritairement des mots introductifs pour que les réponses soient les plus personnelles possibles.

3.4 Phase de pré-test et modifications apportées

Nous avons réalisé une phase de pré-test auprès de trois médecins généralistes. Cette étape nous a permis de contrôler la clarté et la précision des questions et des réponses. Cela avait également pour objectif de vérifier la maniabilité de la plateforme et du format.

Pour cette étape, nous avons sollicité trois médecins généralistes exerçant dans une MSP (ou Maison de Santé Pluridisciplinaire). Nous avons choisi de leur présenter le questionnaire dans les mêmes modalités que les futurs répondants. Pour ce faire, nous leur avons fait parvenir un lien vers le questionnaire auquel ils ont dû répondre seuls et en ligne.

Cette phase de pré-test nous a permis d'établir la durée de passation du questionnaire. En effet, nous avons pu fixer le temps de passation à environ 5-10 minutes en fonction des répondants.

Nous avons également pu apporter quelques modifications, notamment sur la formulation des phrases. Les modifications apportées concernaient surtout :

- Pour qu'il n'y ait pas de confusion entre le département d'exercice et le code postal, ou du moins qu'il y ait une homogénéité dans les réponses, nous avons choisi d'ajouter un exemple : « *exemple : 12* ».
- En ce qui concerne la question de l'année d'obtention du diplôme, la formulation de départ était « Année de diplôme » que nous avons modifiée en « Année d'obtention du diplôme ». En effet, la première formulation créait une confusion entre le nombre d'années de travail depuis l'obtention et l'année d'obtention du diplôme.

Nous nous sommes finalement rendu compte, deux jours après la diffusion du questionnaire, que des internes en médecine générale avaient répondu à notre questionnaire. Ainsi, nous avons

choisi de les inclure dans notre questionnaire et d'ajouter une case à cocher « Je suis interne en médecine générale ».

3.5 Choix de la plateforme

Nous avons choisi d'utiliser l'outil « Framaforms » qui appartient à l'association « Framasoft ». Cette plateforme présente certains avantages.

Tout d'abord, il s'agit d'un logiciel libre d'utilisation, gratuit et facile à manipuler. Lors de la construction du questionnaire, nous avons pu choisir le type de question (ouverte ou fermée), choisir le type de réponse (une seule réponse possible ou plusieurs réponses possibles), rendre certaines questions obligatoires, choisir l'ordre d'apparition des questions ou encore inclure des conditions d'apparition des questions.

Cet outil est également facile d'utilisation pour les répondants au questionnaire qui peuvent répondre depuis leur ordinateur, mais également depuis leur téléphone mobile.

De plus, cette plateforme inclut un outil d'analyse statistique qui peut donner un aperçu des réponses.

Enfin, un des principaux atouts de Framaforms est que l'association à laquelle il appartient s'engage à ne pas traiter ou récolter les données du questionnaire et anonymise les réponses, ce qui rend impossible l'accès aux adresses IP des répondants.

3.6 Diffusion du questionnaire

Notre questionnaire a été diffusé le 6 et le 7 décembre 2021 à l'aide d'un lien envoyé par mail. Nous avons contacté toutes les URPS (ou Union Régionale des Professionnels de Santé) de France et les CDOM (ou Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins). Nous avons reçu des réponses négatives des URPS. Néanmoins, nous avons reçu des réponses positives de la part des CDOM de la Creuse, de Meurthe et Moselle, de l'Allier, de l'Indre, des Bouches du Rhône, des Pyrénées Orientales, de la Réunion, de Seine-Maritime, de Dordogne, ainsi que de Guyane, qui ont accepté de diffuser le questionnaire auprès des médecins de leur département ou sur leur site internet.

Nous avons également contacté des orthophonistes afin qu'ils diffusent le questionnaire aux médecins prescripteurs de leur entourage professionnel.

En raison du peu de réponses reçues, nous avons fait le choix de contacter également les syndicats orthophoniques régionaux au cours du mois de janvier 2022.

Le nombre de réponses n'augmentant plus depuis le début du mois de février, nous avons fait le choix de clôturer le questionnaire le 17 février 2022.

4. Constitution de l'échantillon

- **Taille de l'échantillon :**

La première étape pour constituer notre échantillon a été de se questionner sur la taille souhaitée de cet échantillon pour qu'il soit représentatif de la population interrogée.

Comme mentionné précédemment, la population étudiée (N) compte 94 500 médecins généralistes en France.

$$\text{Taille de l' échantillon} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N}\right)}$$

N (taille de la population) = 94 500

e (marge d'erreur) = 0,05 (soit 5 % de marge d'erreur)

p (proportion estimée) = 0,5

z (z-score) = 1,96 (pour un niveau de confiance à 95%)

$$\text{Taille de l' échantillon} = \frac{\frac{1,96^2 \times 0,5(1-0,5)}{0,05^2}}{1 + \left(\frac{1,96^2 \times 0,5(1-0,5)}{0,05^2 \times 94500}\right)} \approx 383$$

Ainsi, la taille de l'échantillon souhaitée (pour que celui-ci soit représentatif de la population interrogée) est de **383** médecins généralistes.

- **Représentativité de l'échantillon :**

Comme vu précédemment, les femmes représentent 51,5 % de la population générale. Afin que notre échantillon soit représentatif, il est nécessaire de respecter cette distribution. Ainsi, pour 383

réponses de médecins généralistes, il serait souhaitable de recevoir 197 réponses de femmes et 186 réponses d'hommes.

5. Analyse et traitement des données

Dans un premier temps, les données recueillies ont été exportées à l'aide du logiciel de tableur Excel. Nous avons ensuite choisi d'attribuer un numéro à chaque question afin de faciliter l'analyse et le traitement des données.

Afin de traiter les questions ouvertes, nous avons dû regrouper les réponses entre elles, sous forme de catégories. Pour cela, nous avons ciblé des mots-clés récurrents, ce qui nous a permis de faire un tri plus rapide.

La méthode d'analyse employée est l'analyse descriptive. Elle a pour but de décrire et d'expliquer les données recueillies à l'aide du questionnaire. Les données de ce questionnaire sont principalement des variables qualitatives nominales.

Nous avons effectué deux niveaux d'analyse statistique : le tri à plat et le tri croisé.

Le tri à plat nous a permis de décrire les réponses pour chaque question de manière indépendante. Nous avons choisi d'illustrer les réponses grâce à des diagrammes en barres ou des diagrammes circulaires. Pour la partie sur les connaissances quant au bégaiement, nous avons choisi de représenter les réponses correctes en vert et les réponses fausses en orange ou jaune. Concernant la partie sur la prise en charge d'un enfant avec un bégaiement développemental, considérant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, mais qu'il s'agit de comprendre quelle est la prise en charge actuelle, toutes les réponses ont été mises en bleues.

Le tri croisé nous a permis de mettre en lien plusieurs réponses du questionnaire afin de mieux comprendre les choix de prise en charge et de tenter d'élaborer des pistes explicatives. Par ce biais, nous avons cherché à comprendre si les informations détenues par les médecins généralistes pouvaient influencer leur prise en charge.

Ces deux types d'analyse ont pour objectif de répondre à notre problématique, le tri à plat en faisant un état des lieux des connaissances et de la prise en charge, le tri croisé en mettant en avant le lien éventuel entre les deux.

RÉSULTATS

1. Profil et données démographiques

Nous avons obtenu un total de 66 réponses au questionnaire. Comme vu précédemment, le nombre de réponses nécessaire pour que l'échantillon soit représentatif était de 383 médecins. Nous pouvons donc estimer que nous avons une marge d'erreur de 12 %.

Variable		Fréquence absolue	Fréquence relative
Sujets		66	100 %
Genre	Homme	13	19,7 %
	Femme	53	80,3 %
	Autre	0	0 %
Age	<30	12	18,2 %
	[30;40]	26	39,4 %
	[41;50]	14	21,2 %
	[51;60]	11	16,7 %
	>60	3	4,5 %
Ancienneté	Interne	10	15,1 %
	[1 ;5]	12	18,2 %
	[6 ;10]	12	18,2 %
	[11 ;20]	18	27,3 %
	>20	14	21,2 %
Type d'exercice	Libéral	35	53 %
	MSP	18	27,3 %
	Domicile	1	1,5 %
	Hôpital	12	18,2 %
	Autre	7	10,6 %
Confrontation avec la population		39	59,1 %

Tableau 1 - Profil de l'échantillon

Les femmes sont sur-représentées dans notre échantillon par rapport à la population générale. Effectivement, 80,3 % (N=53) de femmes ont répondu à notre questionnaire contre 51,5 % de femmes dans la population générale de médecins généralistes en France.

Il semblerait que 29 % (N=19) des répondants au questionnaire soient des femmes qui ont entre 30 et 40 ans.

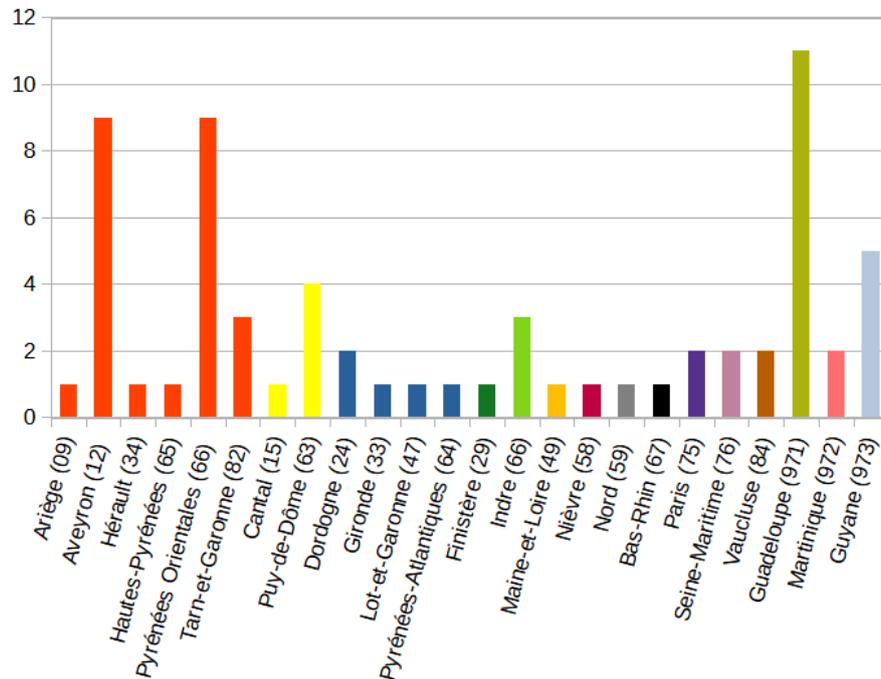


Figure 1 - Département d'exercice

Des médecins généralistes ou internes en médecine générale originaires de 24 départements différents ont répondu au questionnaire. Toutes les régions de France métropolitaine, mis à part la Corse, sont représentées, ainsi que 3 départements et régions d'outre-mer.

2. Connaissances sur le bégaiement

- **Compréhension du trouble de la fluence et de ses origines :**

La première question permettant d'analyser les connaissances des médecins généralistes sur le bégaiement concernait sa classification. Comme nous l'avons mentionné dans les apports théoriques, le bégaiement développemental est classifié par le DSM-5 comme un trouble de la communication. 24,2 % (N=16) des médecins généralistes le classifient comme tel. 63,6% (N=42) des médecins pensent que le bégaiement est un trouble du langage oral. 12,1 % (N=8) considèrent le trouble de la fluence comme un trouble psychologique.

Nous avons ensuite interrogé les médecins sur l'origine du bégaiement (facteur génétique, héréditaire, neurologique). L'origine génétique du bégaiement reste peu connue, 13,6 % (N= 9) des

médecins la relèvent. La dimension héréditaire est connue par 30,3 % (N= 20) des médecins. En revanche, l'origine neurologique est la plus connue, relevée par 59 % (N=39) des répondants. On note la persistance de croyances quant à une cause psychologique ou émotionnelle. 69,7 % (N=46) des répondants au questionnaire pensent que le bégaiement est dû à un choc émotionnel, 51,5 % (N= 34) à un manque de confiance en soi et 37,9 % (N=25) à de la timidité.

De plus, 93,9 % (N= 62) des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire estiment que les personnes qui bégaiement ont une estime de soi plus faible que la moyenne.

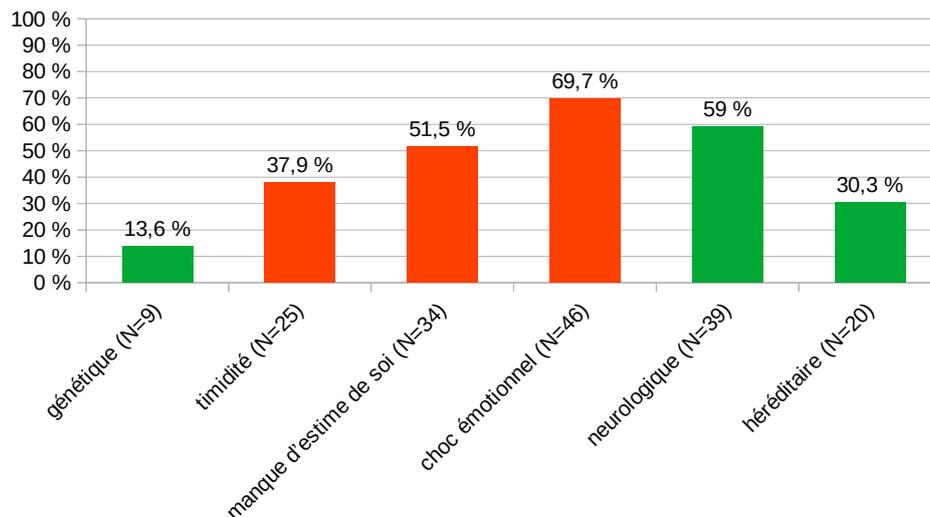


Figure 2 - Causes du bégaiement Q.2

Rappel : Les réponses justes sont en vert et les réponses fausses en orange

Ainsi, il semblerait que la croyance d'une cause émotionnelle et psychologique dans le bégaiement développemental persiste chez les médecins généralistes. A l'inverse, les facteurs génétiques et héréditaires du bégaiement sont peu connus.

- **Prévalence du bégaiement développemental :**

Nous avons questionné les médecins généralistes sur la prévalence du bégaiement développemental chez l'enfant de moins de 6 ans. 48,5 % (N=32) des répondants ont, à juste titre, estimé une prévalence à 5 %. 36,4 % (N=24) ont sous-estimé cette prévalence et 15,2 % (N=10) l'ont surestimée.

- **Guérison spontanée et facteurs de persistance :**

Nous avons interrogé les médecins généralistes sur la guérison spontanée du bégaiement, à un an après son apparition (moins de 10%) et avant l'adolescence (80%).

Pour une disparition naturelle du bégaiement au bout d'un an après son apparition, 36,4 % (N=24) des répondants l'estiment à moins de 10 %, alors que 63,6 % (N=42) des répondants la pensent plus élevée.

En revanche, en ce qui concerne la guérison naturelle avant l'adolescence, 28,8 % (N=19) des répondants estiment que le taux de disparition spontanée avant l'adolescence est de 80 %, alors que 43,9 % (N=29) pensent qu'il est inférieur à 15 %.

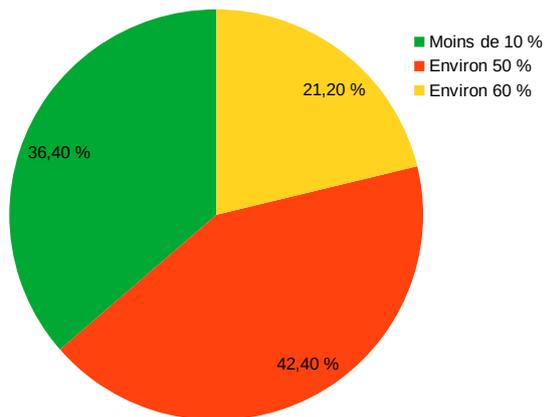


Figure 3 - Disparition spontanée au bout d'un an après son apparition Q.6

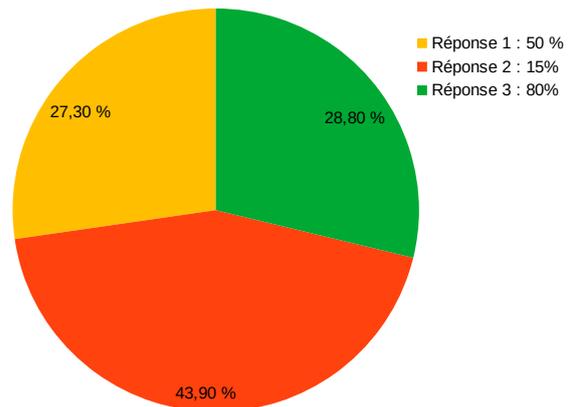


Figure 4 - Disparition spontanée avant l'adolescence Q.7

Nous avons interrogé les répondants sur les facteurs de risque de persistance du bégaiement développemental, à savoir (comme nous l'avons mentionné dans les apports théoriques) les antécédents familiaux, le sexe, le trouble phonologique et la sévérité du bégaiement. Selon les médecins généralistes interrogés, les principaux facteurs de risque sont pour 83,3 % (N=55) d'entre eux la sévérité du bégaiement, pour 80,3 % (N=53) la durée de la période de bégaiement et la fragilité psychologique. Le sexe est l'élément le moins relevé, à savoir par 28,8 % (N=19) des répondants.

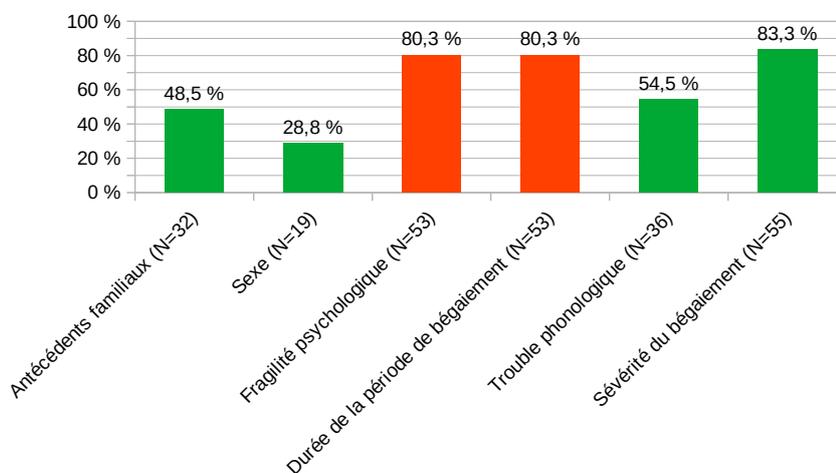


Figure 5 - Facteurs de risque de persistance Q.8

En somme, les médecins généralistes surestiment la guérison naturelle du bégaiement dans les mois qui suivent son apparition, mais sous-estiment sa disparition spontanée sur un plus long terme (avant l'adolescence). La sévérité du bégaiement comme facteur de risque de persistance est connue par de nombreux répondants. Néanmoins, on note la persistance d'une croyance quant à l'implication psychologique et une méconnaissance des facteurs familiaux et de sexe.

- **Tableau clinique du bégaiement :**

Nous avons interrogé les médecins généralistes sur les éléments à relever lors d'une anamnèse permettant le diagnostic de bégaiement. Tous les éléments de la liste proposée étaient des signes d'alerte du bégaiement. Presque tous les répondants, 93,9% (N=62), pensent au bégaiement lorsqu'ils rencontrent un enfant qui « bloque sur des sons ou des mots » et 71,2 % (N=47) lorsque l'enfant « répète des sons ou des syllabes ». On note également que la plupart d'entre eux, à savoir 81,8% (N=54) prennent en considération ce que rapporte le parent. Cependant, les signes non-verbaux sont moins souvent choisis, avec 28,8 % (N=19) de répondants pour « l'enfant détourne son regard » et 54,5 % (N=36) pour « l'enfant présente des tensions corporelles ».

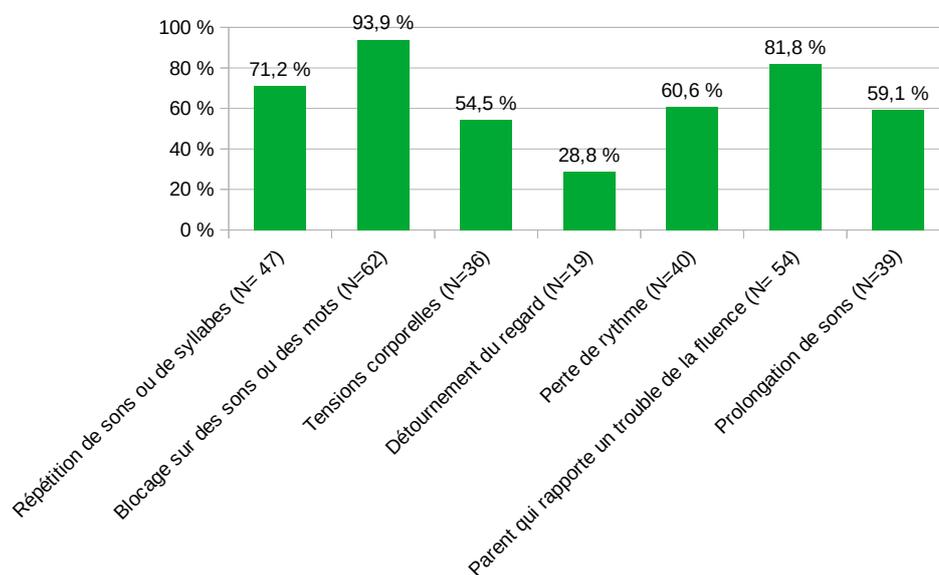


Figure 6 - Éléments anamnestiques Q.5

En définitive, les médecins généralistes interrogés relèvent principalement les blocages et les répétitions. Les signes non-verbaux du bégaiement sont moins pris en considération. On note l'importance accordée à la parole du ou des parents dans la pose du diagnostic.

3. Prise en charge du bégaiement

- **Parcours de prise en charge :**

Nous avons tenté d'analyser et de comprendre la démarche de prise en charge du bégaiement par les médecins généralistes. 75,8 % (N=50) des médecins généralistes interrogés disent examiner l'enfant qui bégaiie lorsqu'ils le reçoivent dans leur bureau. 16,7 % (N=11) des répondants conseillent aux parents de patienter afin de voir si le bégaiement peut disparaître spontanément.

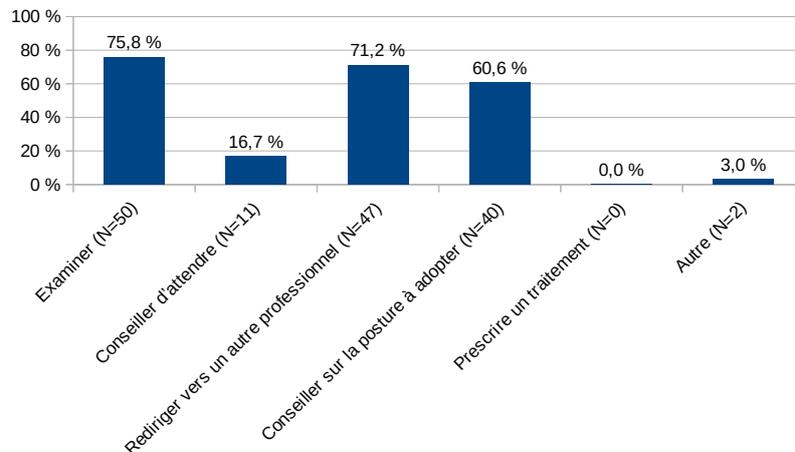


Figure 7 - Prise en charge de l'enfant qui bégaiie Q.9

60,6 % (N=40) des médecins généralistes semblent apporter des conseils aux parents quant à la posture à adopter face à leur enfant. Les principaux conseils qui semblent être donnés sont les suivants :

- Parler plus lentement à son enfant : 42,4% (N=28)
- Dire à son enfant de respirer avant de parler : 34,8% (N=23)
- Proposer le mot que l'enfant cherche : 21,2% (N=14)
- Répéter ses propositions : 19,7% (N=13)

Un seul répondant à ce questionnaire mentionne le fait de « faire répéter son enfant ».

71,2 % (N=47) des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire disent rediriger l'enfant vers un autre professionnel. Le principal professionnel vers lequel l'enfant est orienté est l'orthophoniste, mentionné par 69,7% (N=46) des répondants.

12,1 % (N=8) des répondants orientent l'enfant et son entourage vers un psychologue et/ou un ORL (ou Oto-Rhino-Laryngologiste). Enfin, 9,1 % (N=6) des médecins interrogés orientent vers un pédiatre. Un professionnel a proposé d'orienter l'enfant vers un ostéopathe.

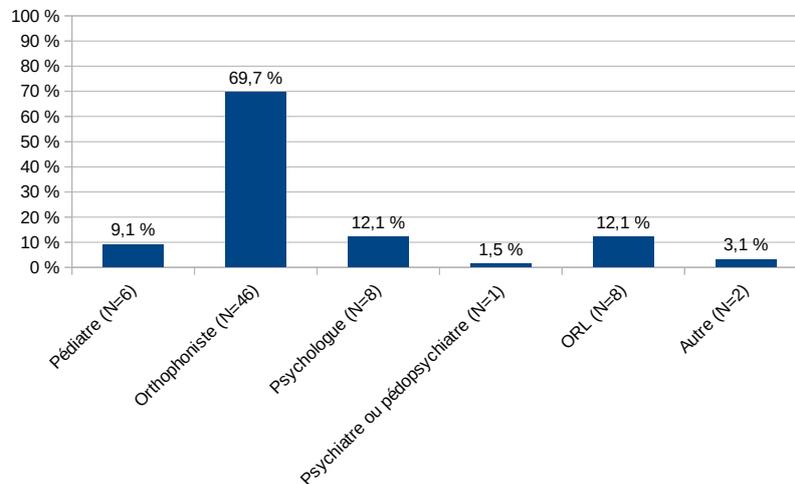


Figure 8 - Orientation vers un autre professionnel Q.9.4

Afin de mieux comprendre les choix d'orientation des médecins généralistes, nous les avons questionnés sur les raisons de ce choix.

Les répondants à ce questionnaire disent rediriger l'enfant et son entourage vers un pédiatre, car :

- Il s'agit d'un spécialiste de la petite enfance (N=2)
- C'est le professionnel le plus adapté pour effectuer un bilan et organiser la prise en charge (N=2)
- Il pourra prendre en compte les répercussions du bégaiement sur le développement (trouble du langage, etc.) (N=2)

Les médecins généralistes redirigent l'enfant vers l'orthophoniste :

- Afin de réaliser un bilan et une rééducation si nécessaire (N=21)
- C'est le professionnel compétent dans ce domaine (N=12)
- Afin de réaliser un diagnostic différentiel (N=4)
- C'est une urgence (N=3)
- Afin de réaliser une prise en charge de l'enfant et de son entourage (N=2)
- Afin de travailler la prononciation et les mots qui sont difficiles pour l'enfant (N=1)
- Cela fait partie des recommandations actuelles (N=1)
- Afin de lui apprendre à respirer et parler lentement (N=1)

- Il s'agit d'un trouble du langage oral (N=1)

Les raisons qui poussent les médecins interrogés à orienter la personne qui bégaie et son entourage vers un psychologue sont :

- Chercher une origine psychologique (N=4)
- Travailler l'estime de soi (N=2)
- Aider l'enfant à l'expression de ses émotions (N=1)
- Rechercher des signes associés (N=1)

Un répondant oriente vers un pédopsychiatre afin de traiter la part psychologique du bégaiement et son retentissement.

L'enfant qui bégaie est parfois orienté vers un ORL afin :

- D'éliminer une cause organique (N= 4)
- D'établir un diagnostic différentiel (déficiência auditive) (N=3)
- De chercher des troubles associés (N= 1)

En définitive, la démarche de prise en charge de l'enfant qui bégaie par le médecin généraliste consiste en :

- ➔ Examiner l'enfant reçu
- ➔ Rediriger vers d'autres professionnels, principalement l'orthophoniste. Les motifs de cette orientation sont l'urgence, les recommandations actuelles, la compétence du professionnel dans le bilan et la prise en charge de l'enfant et de l'entourage. Certains répondants évoquent le travail de l'articulation et de la respiration.
- ➔ Donner des conseils aux parents sur la bonne posture à adopter face à leur enfant. Les principaux conseils donnés sont de « parler lentement à son enfant » et « de respirer avant de parler ».

Aucun médecin interrogé ne prescrit de traitement médicamenteux.

4. Influence des connaissances sur la prise en charge du bégaiement

Afin de répondre au mieux à notre problématique, à savoir « Les médecins généralistes ont-ils besoin de plus d'informations récentes pour améliorer leur prise en charge du bégaiement des

enfants de moins de 6 ans ? », nous avons essayé de mettre en lien les questions de la partie sur les connaissances avec les questions de la partie sur la prise en charge. Ainsi, nous avons cherché à comprendre si les connaissances sur le bégaiement pouvaient influencer la façon de le prendre en charge.

- **La prise en charge du trouble de la fluence peut-elle être influencée par les connaissances sur la disparition spontanée ?**

Premièrement, nous avons croisé la question 6 concernant la disparition spontanée du bégaiement au bout d'un an après son apparition et la question 9 concernant la prise en charge afin de répondre à cette question.

		Rediriger	
Moins de 10%	N	23	
	%	96 %	
Environ 50%	N	16	
	%	57 %	
Environ 60%	N	8	
	%	57 %	

Tableau 2 - Médecins qui redirigent en fonction de la disparition spontanée au bout d'un an

		Attendre	
Moins de 10%	N	1	
	%	4 %	
Environ 50%	N	4	
	%	14 %	
Environ 60%	N	6	
	%	43 %	

Tableau 3 - Médecins qui attendent en fonction de la disparition spontanée au bout d'un an

Exemple de lecture de tableau : 96% des médecins qui pensent que la disparition spontanée est inférieure à 10% au bout d'un an décident de rediriger le patient

Les médecins qui redirigent le plus vers d'autres professionnels (96%) sont ceux qui pensent que le bégaiement disparaît spontanément au bout d'un an chez moins de 10 %.

En parallèle, les médecins généralistes qui conseillent aux parents d'attendre sont principalement ceux qui pensent que le bégaiement disparaît spontanément chez 50 ou 60 % des enfants au bout d'un an.

Ces résultats sont retrouvés lorsque nous mettons en corrélation la question 7 concernant le taux de guérison naturelle avant l'adolescence et la question 9. En effet, les médecins qui ont tendance à rediriger les enfants qui bégaiement sont ceux qui pensent que le taux de guérison spontanée est faible, alors que ceux qui conseillent d'attendre sont ceux qui pensent que le taux de guérison est élevé.

		Rediriger
15 %	N	23
	%	79 %
50 %	N	13
	%	72 %
80 %	N	11
	%	58 %

Tableau 4 - Médecins qui redirigent en fonction de la guérison naturelle avant l'adolescence

		Attendre
15 %	N	2
	%	7 %
50 %	N	3
	%	17 %
80 %	N	6
	%	32 %

Tableau 5 - Médecins qui attendent en fonction de la guérison naturelle avant l'adolescence

Exemple de lecture de tableau : 79% des médecins qui pensent que la disparition spontanée avant l'adolescence est de 15% décident de rediriger le patient

- **La prise en charge du bégaiement développemental peut-elle être influencée par les connaissances sur les facteurs de risque de bégaiement ?**

Pour répondre à cette question, nous avons essayé de mettre en lien la question 8 et la question 9. Les connaissances sur les facteurs de risque de persistance ne semblent pas influencer les choix de prise en charge de l'enfant qui bégaie.

- **Quels sont les conseils apportés par les médecins généralistes en fonction des choix de prise en charge ?**

Il semblerait que 82 % (N=9) des médecins généralistes qui conseillent aux parents d'attendre de voir si le bégaiement disparaît spontanément leur apportent également des conseils sur la posture à adopter face à leur enfant. C'est pourquoi, nous avons essayé d'analyser les conseils apportés par ces derniers.

Ainsi, 67 % (N=6) des médecins généralistes qui recommandent d'attendre la disparition spontanée du bégaiement et qui donnent des conseils aux parents leur proposent de dire à leur enfant de respirer avant de parler. 78 % (N=7) conseillent aux parents de parler lentement.

		Conseiller + Attendre
Respirer avant de parler	N	6
	%	67 %
Parler lentement	N	7
	%	78 %
Faire répéter	N	0
	%	0 %
Répéter ses propositions	N	3
	%	33 %
Proposer mot	N	3
	%	33 %
Autre	N	2
	%	22 %

Tableau 6 - Conseils apportés par les médecins qui recommandent aux parents d'attendre

		Conseiller + Rediriger
Respirer avant de parler	N	15
	%	68 %
Parler lentement	N	15
	%	68 %
Faire répéter	N	1
	%	5 %
Répéter ses propositions	N	7
	%	32 %
Proposer mot	N	6
	%	27 %
Autre	N	3
	%	14 %

Tableau 7 - Conseils apportés par les médecins qui redirigent vers un autre professionnel

Néanmoins, les conseils donnés ne semblent pas être influencés par les autres actes de prise en charge des médecins généralistes. En effet, les principaux conseils apportés aux parents sont de parler plus lentement à son enfant et de dire à son enfant de respirer avant de parler et ce quels que soient les actes de prise en charge.

- **Par quels éléments l'orientation de la personne qui bégaie vers un autre professionnel peut-elle être influencée ?**

Nous avons également essayé de comprendre si les connaissances sur les facteurs de risque de persistance du bégaiement pouvaient avoir un impact sur le professionnel vers qui les médecins généralistes redirigent la personne qui bégaie. Pour cela, nous avons confronté les questions 8 et 9.4. Ainsi, les croyances et connaissances sur les facteurs de risque de persistance du bégaiement ne semblent pas avoir d'influence sur le professionnel vers qui l'enfant est orienté.

En outre, on peut noter que 38 % (N=3) des médecins qui classent le bégaiement comme un trouble psychologique renvoient l'enfant vers un psychologue. Cependant, ce résultat est à nuancer avec le faible échantillon de répondants pour cette catégorie.

		Psychologue
Trouble du langage oral	N	4
	%	10 %
Trouble psychologique	N	3
	%	38 %
Trouble de la communication	N	1
	%	6 %

Tableau 8 - Médecins qui redirigent vers un psychologue en fonction de la classification du bégaiement

Exemple de lecture du tableau : 10% des médecins qui qualifient le bégaiement de trouble du langage redirigent vers un psychologue

En revanche, nous avons pu constater que les croyances quant à l'origine du bégaiement peuvent influencer l'orientation vers un autre professionnel. En effet, les médecins qui orientent vers un psychologue ont tendance à penser qu'il existe une cause psychologique (timidité, estime de soi, choc émotionnel).

		Psychologue
Génétique	N	1
	%	11 %
Timidité	N	5
	%	20 %
Estime de soi	N	4
	%	12 %
Choc émotionnel	N	7
	%	15 %
Neurologique	N	4
	%	10 %
Héréditaire	N	1
	%	5 %

Tableau 9 - Origine mentionnée par les médecins qui orientent vers un psychologue

Exemple de lecture de tableau : 11% des médecins qui mentionnent une cause génétique redirigent vers un psychologue

- **Le genre du médecin généraliste peut-il influencer la prise en charge ?**

Nous avons ensuite cherché à voir si le genre des répondants pouvait influencer la façon de prendre en charge l'enfant avec un trouble de la fluence. Pour répondre à cette interrogation, nous avons croisé les questions 9 et 10.

		Conseiller
Une femme	N	35
	%	66 %
Un homme	N	5
	%	38 %

Tableau 10 - Médecins qui apportent des conseils en fonction du genre

		Attendre
Une femme	N	8
	%	15 %
Un homme	N	3
	%	23 %

Tableau 11 - Médecins qui conseillent d'attendre en fonction du genre

Exemple de lecture de tableau : 66 % des médecins femmes apportent des conseils aux parents de l'enfant présentant un trouble de la fluence

Ainsi, il semblerait que 66 % (N=35) des femmes apportent des conseils aux parents d'un enfant avec un trouble de la fluence contre seulement 38 % (N=5) des hommes. En revanche, 15 % (N=8) des femmes conseillent aux parents d'attendre contre 23 % (N=3) des hommes.

Nous avons également croisé le genre des répondants (question 10) avec les professionnels vers qui les médecins généralistes réorientaient l'enfant qui bégaie (question 9.4).

		Orthophoniste
Une femme	N	38
	%	72 %
Un homme	N	8
	%	62 %

Tableau 12 - Médecins qui redirigent vers l'orthophoniste en fonction du genre

		Pédiatre
Une femme	N	4
	%	8 %
Un homme	N	2
	%	15 %

Tableau 13 - Médecins qui redirigent vers le pédiatre en fonction du genre

Exemple de lecture de tableau : 72 % des médecins femmes redirigent vers un orthophoniste

Ainsi, on remarque que 72 % (N=38) des médecins femmes orientent vers un orthophoniste, contre 62 % (N=8) des médecins hommes. Si on s'intéresse au nombre de femmes médecins qui réorientent, on peut voir que 100 % (N=38) d'entre elles renvoient vers un orthophoniste, contre 89 % (N=8) des hommes. En revanche, 15 % (N=2) des hommes orientent vers un pédiatre contre 8 % (N=4) de femmes.

- **Existe-t-il des différences de prise en charge selon le mode d'exercice ?**

Nous nous sommes ensuite intéressés aux différences pouvant exister selon le mode d'exercice. Pour cela nous avons croisé les questions 9 et 14. Ainsi, on note que les médecins

exerçant en hôpital ont une tendance plus importante à apporter des conseils, à savoir 92 % (N=11) d'entre eux, et à indiquer d'attendre, à savoir 25 % (N=3) d'entre eux, que les autres.

		Conseiller	
Libéral	N	20	
	%	57 %	
MSP	N	9	
	%	50 %	
Domicile	N	1	
	%	100 %	
Hôpital	N	11	
	%	92 %	
Autre	N	5	
	%	71 %	

Tableau 14 - Médecins qui apportent des conseils en fonction du milieu d'exercice

		Attendre	
Libéral	N	4	
	%	11 %	
MSP	N	3	
	%	17 %	
Domicile	N	0	
	%	0 %	
Hôpital	N	3	
	%	25 %	
Autre	N	1	
	%	14 %	

Tableau 15 - Médecins qui conseillent d'attendre en fonction du milieu d'exercice

Exemple de lecture de tableau : 57 % des médecins qui exercent en libéral disent apporter des conseils

A contrario, ce sont eux qui sont les moins enclins à rediriger les patients vers d'autres professionnels, seulement 58% (N=7) disent réorienter.

		Rediriger	
Libéral	N	25	
	%	71 %	
MSP	N	14	
	%	78 %	
Domicile	N	1	
	%	100 %	
Hôpital	N	7	
	%	58 %	
Autre	N	5	
	%	71 %	

Tableau 16 - Médecins qui réorientent en fonction du milieu d'exercice

- **Les années d'exercice peuvent-elles impacter la prise en charge ?**

Afin de répondre à cette interrogation, nous avons croisé les questions 9 et 13. L'ancienneté de l'exercice en tant que médecin généraliste, ne semble pas avoir d'impact sur le choix des actes de prise en charge.

Cependant, nous avons cherché à savoir si cela pouvait avoir une influence sur les professionnels vers qui les médecins répondant au questionnaire réorientent. Ainsi, il semblerait que les professionnels qui orientent vers un psychologue sont ceux qui ont une ancienneté plus importante dans la profession. Effectivement, 17 % (N=3) des 11 à 20 ans et 36 % (N=5) des plus de 20 ans d'exercice redirigent l'enfant avec un trouble de la fluence et son entourage vers un psychologue. Parallèlement, les internes en médecine générale orientent à 40 % (N=4) vers un ORL.

		Psychologue	
Interne	N	0	
	%	0 %	
1 a 5 ans	N	0	
	%	0 %	
6 a 10 ans	N	0	
	%	0 %	
11 à 20 ans	N	3	
	%	17 %	
Plus de 20 ans	N	5	
	%	36 %	

Tableau 17 - Médecins qui orientent vers un psychologue en fonction de l'ancienneté

		ORL	
Interne	N	4	
	%	40 %	
1 a 5 ans	N	1	
	%	8 %	
6 a 10 ans	N	1	
	%	8 %	
11 à 20 ans	N	1	
	%	6 %	
Plus de 20 ans	N	1	
	%	7 %	

Tableau 18 - Médecins qui orientent vers un ORL en fonction de l'ancienneté

Exemple de lecture de tableau : 0% des internes redirigent vers un psychologue

Néanmoins, cette différence n'est pas retrouvée dans les connaissances quant à l'origine du trouble de la fluence. Effectivement, 100 % (N=10) des internes en médecine générale mentionnent le choc émotionnel comme origine et 0 % (N=0) mentionne les facteurs génétiques.

		Choc émotionnel	
Interne	N	10	
	%	100 %	
1 a 5 ans	N	8	
	%	67 %	
6 a 10 ans	N	8	
	%	67 %	
11 à 20 ans	N	12	
	%	67 %	
Plus de 20 ans	N	8	
	%	57 %	

Tableau 19 - Choc émotionnel mentionné comme origine en fonction de l'ancienneté

		Génétique	
Interne	N	0	
	%	0 %	
1 a 5 ans	N	2	
	%	17 %	
6 a 10 ans	N	3	
	%	25 %	
11 à 20 ans	N	1	
	%	6 %	
Plus de 20 ans	N	3	
	%	21 %	

Tableau 20 - Origine génétique mentionnée en fonction de l'ancienneté

Exemple de lecture de tableau : 100% des internes mentionnent une origine émotionnelle du bégaiement développemental

- **La confrontation au bégaiement impacte-t-elle sa prise en charge ?**

Nous avons cherché à comprendre si les médecins ayant déjà rencontré un enfant avec un trouble de la fluence avaient une façon différente d'aborder la prise en charge en comparaison de ceux n'en ayant jamais rencontré. Pour cela, nous avons confronté les questions 9 et 16.

		Conseiller
Oui	N	25
	%	64 %
Non	N	15
	%	56 %

Tableau 21 - Médecins qui apportent des conseils en fonction de la confrontation au bégaiement

		Rediriger
Oui	N	27
	%	69 %
Non	N	20
	%	74 %

Tableau 22 - Médecins qui réorientent en fonction de la confrontation au bégaiement

Exemple de lecture du tableau : 64 % des médecins ayant déjà rencontré un enfant avec un trouble de la fluence disent apporter des conseils sur la posture à adopter

Ainsi, 64 % (N= 25) des médecins généralistes ayant déjà rencontré un enfant qui bégaié donnent des conseils contre 56 % (N=15) des médecins qui n'en ont jamais rencontrés. A contrario, 74 % (N=20) des médecins n'ayant jamais rencontré d'enfant avec un bégaiement redirigent vers un autre professionnel contre 69 % (N=27) chez ceux en ayant déjà rencontré.

En définitive, plusieurs éléments semblent avoir un impact sur la prise en charge, à savoir :

- ➔ les connaissances quant à la disparition spontanée
- ➔ les croyances quant à l'origine du bégaiement
- ➔ le genre du médecin
- ➔ le milieu d'exercice
- ➔ l'ancienneté ou la récence du diplôme
- ➔ la confrontation au bégaiement au cours de sa carrière professionnelle

DISCUSSION

1. Interprétation des résultats

1.1 Hypothèse 1

Nous avons posé l'hypothèse que les médecins généralistes manquent d'informations récentes quant au diagnostic du bégaiement développemental chez l'enfant de moins de 6 ans. Nous voulions faire un état des lieux des connaissances nécessaires pour la pose du diagnostic de bégaiement. Plus précisément, nous cherchions à savoir quels étaient les éléments connus ou méconnus par ces professionnels et d'en comprendre les raisons.

Comme nous avons pu le voir dans les résultats, certaines croyances quant au bégaiement continuent d'exister chez les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire. Effectivement, ils semblent encore attribuer une place importante à la cause émotionnelle et psychologique et sous-estimer les facteurs génétiques et héréditaires. De même, la fragilité psychologique est fréquemment citée dans les facteurs de risque de persistance de bégaiement. A contrario, l'impact du sexe et des antécédents familiaux sont minimisés. Certains (12,1%) continuent de penser qu'il s'agit d'un trouble psychologique.

Nous pouvons penser qu'il persiste une confusion entre les « facteurs 3P » (Shapiro 1999, cité par A.-M. Simon, 2002). Effectivement, les répondants au questionnaire ne semblent pas différencier les facteurs prédisposant, les facteurs précipitant et les facteurs perdurant. Les éléments cités semblent être principalement des facteurs précipitant tels que le choc émotionnel.

93,9 % des répondants au questionnaire pensent que les enfants qui bégaiement ont une estime de soi plus faible que la moyenne. Pourtant, selon Oksenberg (2014), « ces sentiments de honte restent heureusement assez rares chez les enfants de cette tranche d'âge, alors qu'ils sont très fréquents à partir de 6 ans. ».

Les médecins ayant répondu au questionnaire classent principalement le bégaiement comme un trouble du langage oral, et non comme un trouble de la communication tel que le classe le DSM-5. Peut-être la notion de trouble apparaissant lors d'une communication, qui est en lien avec la situation d'échange, reste méconnue des médecins généralistes. Pourtant, le bégaiement n'est pas simplement

un trouble articuloire, il entraîne une appréhension à communiquer avec l'autre et impacte les relations sociales, professionnelles et scolaires (Kochel, 2019).

Les répondants ont tendance à sur-estimer la disparition spontanée du bégaiement au bout d'un an après son apparition et à sous-estimer sa disparition sur le plus long terme (avant l'adolescence). Cela semble impacter la pose du diagnostic de bégaiement, puisque les médecins qui conseillent aux parents d'attendre que le bégaiement disparaisse spontanément sont ceux qui pensent que celui-ci disparaît pour la plupart des enfants.

La prévalence du bégaiement développemental chez l'enfant de moins de 6 ans est elle aussi sous-estimée chez 36,4 % des répondants. En revanche, 48,5 % d'entre eux ont une bonne connaissance de cette prévalence.

Comme le remarquent Winters et Byrd (2020) quant aux pédiatres, les médecins généralistes semblent également s'appuyer sur les comportements visibles d'élocution du bégaiement. Effectivement, ils citent principalement les blocages et les répétitions de sons ou de mots. Les signes non-verbaux sont quant à eux moins relevés. Cependant, on note une prise en compte importante (81,8%) de la parole du parent afin de poser le diagnostic de bégaiement. Effectivement, la parole des parents est une parole fiable sur laquelle les médecins peuvent s'appuyer (Winters & Byrd, 2020).

En définitive, des croyances pouvant entraver le diagnostic de bégaiement persistent chez les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire. Cependant, certaines informations sont connues et prises en compte dans le diagnostic, même si elles sont parfois incomplètes. Notre première hypothèse est donc validée.

1.2 Hypothèse 2

La deuxième hypothèse que nous avons posée était que les médecins généralistes manquent d'informations récentes sur la prise en charge du bégaiement développemental des enfants de moins de 6 ans. Nous avons cherché à faire un état des lieux de la prise en charge actuelle des enfants avec un bégaiement développemental par les médecins généralistes. Afin de mieux comprendre les choix de prise en charge et les moyens permettant éventuellement de l'améliorer, nous avons croisé les informations des médecins sur le bégaiement et les actes de prise en soin.

Premièrement, la plupart des répondants au questionnaire disent examiner le patient. Ce choix de réponse peut être mis en lien avec la démarche diagnostique habituelle du médecin généraliste qui examine son patient, d'autant que le diagnostic de bégaiement n'est pas encore posé. Ainsi, nous pouvons supposer que les médecins disent examiner le patient afin d'éliminer toute autre origine, problématique ou pathologie.

Certains médecins continuent de conseiller aux parents d'attendre une disparition spontanée du bégaiement. Nous avons pu voir que les médecins qui conseillent d'attendre sont en général ceux qui pensent que le taux de disparition spontanée est élevé. Pourtant, comme le dit Onslow (2021), même si les trois-quarts des enfants ont une guérison naturelle, il n'est pas possible de savoir pour quel enfant ce sera le cas. Ainsi, les recommandations actuelles sont en faveur d'une prise en charge précoce du bégaiement.

Les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire disent également rediriger l'enfant qui bégaie vers un autre professionnel. Le principal professionnel vers qui le médecin réoriente son patient est l'orthophoniste. Les motifs avancés pour soutenir l'orientation vers ce professionnel sont, à juste titre, l'urgence, la formation, les recommandations et la prise en compte de l'entourage. En revanche, la prononciation et la respiration sont également citées. Pourtant, selon Kochel (2019), dire à l'enfant d'articuler et de respirer avant de parler est à éviter afin de ne pas mettre l'enfant dans une posture d'effort de parole.

Certains répondants réorientent l'enfant qui bégaie vers un psychologue ou un psychiatre. Les raisons évoquées sont les causes émotionnelles et psychologiques du bégaiement. Comme nous l'avons montré dans les résultats, les médecins qui classent le bégaiement comme un trouble psychologique orientent plus fréquemment l'enfant qui bégaie vers un psychologue. Cependant, l'idée que la fragilité psychologique peut avoir une influence sur la persistance du bégaiement ne semble pas être particulièrement en faveur d'une orientation vers un psychologue ou pédopsychiatre comme nous aurions pu le penser.

Les répondants qui orientent vers un psychologue sont ceux qui ont plus de onze années d'exercice. Ainsi, on aurait pu penser que les croyances quant à une origine psychologique sont plus importantes chez les médecins qui exercent depuis plus longtemps et que la récence du diplôme permet des réponses plus actualisées sur ce point. Néanmoins, lorsqu'on interroge précisément les répondants sur l'origine du bégaiement, on peut voir que les médecins ayant été diplômés récemment et les internes continuent de penser qu'il existe une origine émotionnelle.

De plus, les médecins orientent parfois l'enfant et son entourage vers un ORL afin de réaliser un diagnostic différentiel et d'éliminer une cause organique. Les principaux répondants sont des internes en médecine générale. Ainsi, on peut penser que la croyance d'une cause organique est particulièrement présente chez les étudiants. Un médecin mentionne orienter vers un ostéopathe. Nous ne connaissons pas les raisons de ce choix, mais nous pouvons émettre l'hypothèse d'une orientation en raison d'une cause organique ou afin d'effectuer un travail de détente et de relaxation.

Enfin, d'autres médecins orientent vers un pédiatre, car il s'agit du professionnel spécialisé dans la petite enfance qui est le plus à même d'organiser la prise en charge de l'enfant qui bégaié. Pourtant, dans son mémoire, Monleau (2021) révèle le manque d'informations récentes des pédiatres sur le bégaiement. Effectivement, 55 % des pédiatres interrogés préfèrent attendre.

Des conseils donnés aux parents sur la posture à adopter sont fréquemment proposés par les répondants. Les principaux conseils apportés, et ce quel que soit le parcours de prise en charge de l'enfant qui bégaié (examiner, rediriger, conseiller, etc.), sont de parler plus lentement à son enfant et de dire à son enfant de respirer avant de parler. Comme nous l'avons mentionné plus haut, dire à son enfant « respire » met l'enfant dans une position d'effort à produire la parole et peut créer des tensions supplémentaires (Kochel, 2019). Les conseils semblent fréquemment être apportés par les médecins qui conseillent d'attendre de voir si le bégaiement disparaît de lui-même. Ainsi, même si les médecins recommandent d'attendre, il semblerait qu'un début d'accompagnement parental soit mis en place.

Enfin, on peut penser que des facteurs sociaux ont un impact sur les choix de prise en charge. En effet, le genre du médecin et le lieu d'exercice ont une influence sur les conseils apportés. Les médecins hommes et ceux qui travaillent à l'hôpital conseillent plus fréquemment d'attendre une guérison naturelle que les autres. Les femmes et les médecins qui travaillent à l'hôpital ont tendance à donner davantage de conseils sur la posture à adopter face à son enfant.

En définitive, si certaines attitudes très positives face au bégaiement sont notées, il semblerait que les médecins manquent encore d'informations récentes quant au bégaiement développemental leur permettant d'améliorer leur prise en charge. Cela peut être expliqué en partie par le manque d'informations au cours des études. Effectivement, de nombreux médecins disent ne pas avoir eu de présentation de l'orthophonie pendant leurs études ou alors sur un temps court,

souvent dans le cadre d'une présentation plus large des professions paramédicales dans leur ensemble, où les troubles de la fluence et de la communication ne sont pas évoqués (Mouranche, 2004). De ce fait, il est possible de supposer que si les médecins n'abordent pas les troubles de la fluence au cours de leurs études, ils ne pourront pas déconstruire et remettre en perspective les stéréotypes sociaux sur le bégaiement. En effet, comme nous l'avons vu, les croyances quant à une cause émotionnelle du bégaiement et la tendance à sous-estimer la cause héréditaire sont retrouvées dans la population générale (de Britto Pereira et al., 2008). De la même manière, de nombreuses personnes pensent que la personne qui bégaie est timide et manque de confiance en elle (Klassen, 2001). Ainsi, les stéréotypes qui existent chez les médecins généralistes semblent être représentatifs de ceux retrouvés dans la population générale. Il semble donc nécessaire de les informer sur le trouble en lui-même et sur les prises en charge « evidence-based treatments » afin d'améliorer le parcours de soin de l'enfant qui bégaie.

Ces différents éléments nous permettent de valider notre seconde hypothèse.

2. Apports de l'étude

Cette étude a permis de mieux comprendre la prise en charge apportée par les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire. Effectivement, elle nous a permis de cibler à la fois les éléments positifs de la prise en charge qui sont à conserver et ceux à améliorer afin de proposer au patient un parcours de soin adapté. Les pistes explicatives quant aux choix des médecins nous ont permis d'élaborer des voies d'amélioration.

Ainsi, on sait que les médecins interrogés ont le réflexe positif d'orienter la personne qui bégaie vers un orthophoniste, qu'ils prennent en considération la parole de l'entourage de l'enfant et que la notion d'urgence a parfois été relevée.

Néanmoins, il serait intéressant de les informer sur les possibilités de guérison au bout d'un an après l'apparition du bégaiement et sur le caractère non prédictible de cette disparition. Cela permettrait aux médecins de ne plus conseiller aux parents d'attendre.

Informer les médecins généralistes quant à l'origine du bégaiement développemental permettrait de limiter les croyances d'une implication psychologique et émotionnelle ou encore organique dans le bégaiement et pourrait aider à améliorer l'orientation vers un autre professionnel.

Enfin, le médecin étant le premier professionnel rencontré par l'enfant avec un trouble de la fluence et les délais d'attente étant importants chez l'orthophoniste (Fédération Nationale des

Orthophonistes, s. d.), il est intéressant que les médecins puissent apporter des conseils avisés à l'enfant et à ses parents. Ainsi, il semble nécessaire d'informer les médecins quant aux conseils à apporter.

3. Biais et limites de l'étude

Nous avons relevé plusieurs biais et limites à cette étude qui impliquent d'interpréter les résultats avec précaution.

- **Construction du questionnaire :**

Tout d'abord, certaines questions ne semblaient pas suffisamment claires. Effectivement, lorsque nous avons analysé nos résultats, nous avons réalisé que les questions quant à la disparition spontanée du bégaiement ne semblaient pas suffisamment limpides. Plusieurs répondants ont estimé que la disparition était importante (environ 50 ou 60%) au bout d'un an, mais rare avant l'adolescence (15%). Ainsi, cette contradiction peut être mise en lien avec un manque de clarté dans les énoncés. Le mode de diffusion, à savoir le questionnaire auto-administré, n'a pas permis d'éclaircir certaines équivoques.

De plus, afin de construire notre questionnaire, nous aurions pu nous appuyer sur des questionnaires retrouvés dans la littérature. Effectivement, dans leur étude, Iimura et al. (2018), utilisent le questionnaire de Van Borsel et al.. En lisant les items utilisés, nous nous sommes rendu compte que certaines questions auraient pu être intéressantes pour notre étude. En effet, nous aurions pu questionner les répondants sur les croyances et connaissances quant à l'impact de la culture sur le bégaiement ou quant à l'intelligence générale des personnes qui bégaiant.

- **Echantillon :**

Le principal biais de cette étude est l'échantillon de répondants au questionnaire. En effet, comme nous l'avons mentionné, nous n'avons eu que 66 réponses. Ce nombre est insuffisant pour être représentatif de la population générale, à savoir les médecins généralistes exerçant en France. Il ne nous permet pas d'interpréter de manière fiable les réponses à ce questionnaire ni de les élargir.

Ainsi, les pourcentages utilisés lors de notre analyse méthodologique ne sont parfois établis que sur quelques participants et ne permettent pas de conclure de façon sûre et fiable.

Plusieurs éléments semblent expliquer, en partie, ce petit nombre de réponses. Effectivement, nous avons fait le choix de contacter les médecins généralistes via des intermédiaires (CDOM, URPS, syndicats, orthophonistes). Nous avons reçu beaucoup de réponses négatives de la part de nombreux d'entre eux. Les raisons avancées étaient principalement le refus de surcharger les boîtes mails des médecins par des questionnaires ne provenant pas de la profession ou l'incapacité à diffuser des adresses mails de médecins.

De plus, nous avons eu des retours de la part d'URPS refusant de diffuser le questionnaire afin de ne pas promouvoir un « jugement négatif de la profession ». Pourtant, le questionnement sur les connaissances quant au bégaiement et sa prise en charge était, selon nous, un moyen objectif de comprendre les éléments connus par les médecins généralistes, ceux qui restaient incompris ou méconnus afin de cibler au mieux les points à éclaircir et les stéréotypes à déconstruire. Nous souhaitons nous inscrire dans une démarche transdisciplinaire, de complémentarité entre deux professions.

En outre, l'envoi via des intermédiaires et le format du questionnaire auto-administré en ligne peuvent biaiser le profil des répondants. Effectivement, les médecins généralistes qui ne connaissent pas le bégaiement des enfants de moins de 6 ans ou qui ne s'y intéressent pas peuvent ne pas ouvrir le questionnaire. A contrario, des médecins sensibilisés à cette question ou qui se posent des questions seront peut-être plus enclins à y répondre. Nous avons d'ailleurs reçu plusieurs mails de médecins intéressés par des plaquettes d'information ou par l'envoi du présent mémoire.

- **Interprétation des résultats :**

Enfin, nous pouvons supposer que le questionnaire étant envoyé par une étudiante en orthophonie, les réponses quant à la prise en charge peuvent être biaisées par cet élément. En effet, l'orientation vers un autre professionnel ou encore la classification du trouble peuvent être influencées par la profession des créateurs du questionnaire.

4. Perspectives

Il pourrait être intéressant de refaire cette étude avec un échantillon plus important de médecins généralistes. Pour ce faire, nous pourrions proposer ce questionnaire sur un temps plus long. Nous pourrions également contacter des établissements de santé, tels que les MSP (ou Maison de Santé Pluriprofessionnelle) et nous rendre directement sur les lieux d'exercice des médecins afin de présenter notre projet. Ainsi, nous pourrions avoir un échantillon plus important et plus représentatif de la population générale. Il pourrait être intéressant de proposer une intervention en trois temps. Dans un premier temps, le questionnaire pourrait être présenté aux médecins généralistes de la MSP. Dans un deuxième temps, nous pourrions proposer une sensibilisation sur le bégaiement des enfants de moins de 6 ans et sa prise en charge. Enfin, dans un troisième temps, nous pourrions reproposez le questionnaire de départ. Cela nous permettrait à la fois de juger de l'intérêt d'une sensibilisation sur le bégaiement, mais également d'apporter quelque chose de concret et utile aux médecins répondant à notre questionnaire.

En outre, il pourrait être intéressant de créer une plaquette d'information ou un arbre décisionnel sur la prise en charge du bégaiement développemental à destination des médecins généralistes. Cette plaquette pourrait être diffusée par le biais d'orthophonistes et permettrait de renforcer la prise en charge transdisciplinaire du trouble de la fluence.

CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif d'essayer de comprendre la façon dont les médecins généralistes en France prennent en charge le bégaiement développemental des enfants de moins de 6 ans et comment l'améliorer.

Pour ce faire, nous avons proposé un questionnaire à des médecins sur leurs connaissances quant au bégaiement. Par ce biais, nous avons cherché à comprendre les éléments connus ou méconnus permettant de poser le diagnostic de bégaiement et de proposer un parcours de soin adapté.

Cette étude a mis en avant le manque d'informations récentes des médecins généralistes sur l'origine et la classification de ce trouble de la fluence. La persistance de croyances sur l'implication émotionnelle et psychologique dans le bégaiement peut parfois entraver et retarder la prise en charge du bégaiement développemental.

La pose du diagnostic de bégaiement se base principalement sur les éléments audibles du bégaiement, alors que les signes non-verbaux sont moins relevés. La parole des parents comme aide au diagnostic est quant à elle prise en considération par une grande partie des médecins interrogés.

De plus, alors que les préconisations actuelles sont en faveur d'une prise en charge précoce, certains médecins généralistes continuent de conseiller aux parents d'attendre de voir si le bégaiement disparaît spontanément. Néanmoins, la plupart des médecins généralistes orientent l'enfant qui présente un bégaiement vers un orthophoniste.

Si certains conseils donnés par les médecins généralistes aux parents sont en accord avec les recommandations actuelles et les éléments trouvés dans la littérature, d'autres ne sont pas toujours les plus justifiés.

En conclusion, cette étude a permis de mettre en avant le besoin d'informations récentes des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire, tant sur le diagnostic que sur la prise en charge du bégaiement des enfants de moins de 6 ans. Il serait intéressant de proposer cette étude sur le plus long terme avec un échantillon plus important, afin de mieux comprendre les réponses et les élargir à la population générale.

SOUS LA DIRECTION DE :

Esther LAPEBIE

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Esther Lapebie', written in a cursive style with a long horizontal stroke extending to the right.

Julien BERRA

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Julien Berra', written in a cursive style with a long horizontal stroke extending to the right.

BIBLIOGRAPHIE

- Abdalla, F. A., & St. Louis, K. O. (2012).** Arab school teachers' knowledge, beliefs and reactions regarding stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 37(1), 54-69.
<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.11.007>
- Alm, P. A. (2004).** Stuttering and the basal ganglia circuits : A critical review of possible relations. *Journal of Communication Disorders*, 37(4), 325-369.
<https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2004.03.001>
- American Psychiatric Association. (2013).** *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (Elsevier Masson).
- Anguis, M., Bergeat, M., Pisarik, J., Vergier, N., Chaput, H., Laffeter, Q., Legendre, B., Dixte, C., & Barlet, M. (2021).** *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ?* (p. 74). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>
- Belyk, M., Kraft, S. J., & Brown, S. (2015).** *Stuttering as a trait or state – an ALE meta-analysis of neuroimaging studies.* <https://doi.org/10.1111/ejn.12765>
- 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), 143-159. [https://doi.org/10.1016/S0094-730X\(03\)00010-X](https://doi.org/10.1016/S0094-730X(03)00010-X)
- Bothe, A. K., Davidow, J. H., Bramlett, R. E., Franic, D. M., & Ingham, R. J. (2006).** Stuttering Treatment Research 1970–2005 : II. Systematic Review Incorporating Trial Quality Assessment of Pharmacological Approaches. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 15(4), 342-352. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2006\)032](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2006)032)
- Chang, S.-E., Erickson, K. I., Ambrose, N. G., Hasegawa-Johnson, M. A., & Ludlow, C. L. (2008).** Brain anatomy differences in childhood stuttering. *NeuroImage*, 39(3), 1333-1344.
<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2007.09.067>

- Chow, H. M., & Chang, S.-E. (2017).** *White matter developmental trajectories associated with persistence and recovery of childhood stuttering.* <https://doi.org/10.1002/hbm.23590>
- Collège Français d'ORL & CCF. (s. d.).** *Item 118—Principales techniques de rééducation et de réadaptation en ORL. Savoir prescrire la massokinésithérapie et l'orthophonie.* Campus ORL. <https://campusorl.fr/espace-etudiants/2eme-cycle-ecni/item-118-principales-techniques-de-reeducation-et-de-readaptation-en-orl-savoir-prescrire-la-massokinesitherapie-et-lorthophonie/>
- Crichton-Smith, I., Wright, J., & Stackhouse, J. (2003).** Attitudes of speech and language therapists towards stammering : 1985 and 2000. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 38(3), 213-234. <https://doi.org/10.1080/1368282031000086282>
- de Britto Pereira, M. M., Rossi, J. P., & Van Borsel, J. (2008).** Public awareness and knowledge of stuttering in Rio de Janeiro. *Journal of Fluency Disorders*, 33(1), 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2007.10.001>
- Didirkova, I. (2016).** *Parole, langues et disfluences : Une étude linguistique et phonétique du bégaiement* [Sciences du Langage]. Université Paul-Valéry Montpellier 3.
- Fédération Nationale des Orthophonistes. (s. d.).** *Accès aux soins.* Consulté 2 mai 2022, à l'adresse <https://www.fno.fr/acces-aux-soins/>
- Fournier, G., & Trillaud, F. (2012).** *La place du corps dans la prise en charge du bégaiement, transdisciplinarité.* [Mémoire d'Orthophonie]. Université de Lille 2 Droit et Santé.
- Guérin, F., & Fernandez, N. (2017).** Une vision transdisciplinaire du partenariat patient en santé : Une bioéthique en évolution. In *La transdisciplinarité et l'opérationnalisation des connaissances scientifiques.* Editions JFD.
- Iimura, D., Yada, Y., Imaizumi, K., Takeuchi, T., Miyawaki, M., & Van Borsel, J. (2018).** Public awareness and knowledge of stuttering in Japan. *Journal of Communication Disorders*, 72, 136-145. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2018.02.002>

- Jackson, E. S., Yaruss, J. S., Quesal, R. W., Terranova, V., & Whalen, D. H. (2015).** Responses of adults who stutter to the anticipation of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 45, 38-51.
<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2015.05.002>
- J-JC. (2014).** *Les enfants doivent pouvoir choisir leur médecin traitant—MG France.*
<https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/540-les-enfants-doivent-pouvoir-choisir-leur-medecin-traitant>
- Kang, Sheikh Riazuddin, Jennifer Mundorff, Donna Krasnewich, Penelope Friedman, James C. Mullikin, & Dennis Drayna. (2010).** *Mutations in the Lysosomal Enzyme–Targeting Pathway and Persistent Stuttering.*
<https://www-nejm-org-s.docadis.univ-tlse3.fr/doi/full/10.1056/NEJMoa0902630>
- Klassen, T. R. (2001).** *Perceptions of people who stutter : Re-assessing the negative stereotype.* 9.
http://www.csun.edu/~ainslab/readings/Madison/Klassen_2001_Perceptions%20of%20people%20who%20stutter_Reassessing%20the%20negative%20stereotype.pdf
- Kochel, J.-M. (2019).** *Le bégaiement* (Ellipses Editions).
- Maguire, G. A., LaSalle, L., Hoffmeyer, D., Nelson, M. A., Lochhead, J. D., Davis, K., Burris, A., & Yaruss, J. S. (2019).** Ecopipam as a pharmacologic treatment of stuttering. *ANNALS OF CLINICAL PSYCHIATRY*, 5.
https://escholarship.org/content/qt8ct0028k/qt8ct0028k_noSplash_928ac3b0f36aa9bbf904e892b433c213.pdf
- Monleau, L. (2021).** *Information des pédiatres au sujet du bégaiement des enfants de moins de 6 ans* [Mémoire d'Orthophonie]. Université Toulouse Paul Sabatier III.
- Mouranche, A. (2004).** *Information des futurs médecins généralistes sur la prescription orthophonique : Évaluation des connaissances en orthophonie des étudiants en médecine générale : Élaboration d'une plaquette d'information* [Mémoire d'Orthophonie]. Université de Lorraine Henri Poincaré.

- Negraoui, N., Demoulin, S., & Bourguignon, D. (2018).** Chapitre 8 : Le bégaiement, de la stigmatisation à l'inclusion. In *Neuropsychologie du bégaiement : De la compréhension au traitement* (Edition Mardaga).
- Neumann, K., Euler, H. A., Bosshardt, H.-G., Cook, S., Sandrieser, P., & Sommer, M. (2017).** The Pathogenesis, Assessment and Treatment of Speech Fluency Disorders. *Deutsches Ärzteblatt International*, 14. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.038>
- Oksenberg, P. (2014).** La prise en charge orthophonique du bégaiement chez l'enfant avant 5 ans. *Contraste*, 39(1), 307-326.
https://doi-org-s.docadis.univ-tlse3.fr/10.3917/cont.039.0307#xd_co_f=MjNhNGl0YjEtZWExNi00ZWRhLWlyYWUtNTc0NDdiZmlzOTQz~
- Onslow, M. (2021).** *Stuttering and its' treatment : Eleven lectures*.
<https://www.uts.edu.au/sites/default/files/2021-05/Eleven%20Lectures%202021-05-07.pdf>
- Ooki, S. (2005).** Genetic and Environmental Influences on Stuttering and Tics in Japanese Twin Children. *Twin Research and Human Genetics*, 8(1), 69-75.
<https://doi.org/10.1375/twin.8.1.69>
- Perez, H. R., & Stoeckle, J. H. (2016).** *Stuttering : Clinical and research update*. 6.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4907555/pdf/0620479.pdf>
- Piérart, B. (2013).** Les bégaiements de l'enfant. *Enfance*, 3(3), 201-205.
<https://doi.org/10.3917/enf1.133.0201>
- Simon, A.-M. (2002).** Peut-on éviter la souffrance du bégaiement à un jeune enfant? In *Langues & pratiques* (p. 19-29).
https://arld.ch/fileadmin/user_upload/Documents/ARLD/WWW/Editeurs/Logopedistes/Langages_pratiques/29-textes.pdf

- Simon, J. (2009).** *Prévention de la chronicisation du bégaiement en médecine générale* [Thèse de médecine générale]. Université de Bretagne Occidentale.
- Singer, C. M., Hessling, A., Kelly, E. M., Singer, L., & Jones, R. M. (2020).** Clinical Characteristics Associated With Stuttering Persistence : A Meta-Analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 63(9), 2995-3018. https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-20-00096
- De Singly, F. (2020).** *Le questionnaire* (5e édition réactualisée). Armand Colin.
- Tumanova, V., Choi, D., Conture, E. G., & Walden, T. A. (2018).** Expressed parental concern regarding childhood stuttering and the Test of Childhood Stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 72, 86-96. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2018.01.002>
- Van Zaalen, 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. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.07.001>
- Ward, D., & Scott, K. S. (2011).** *Cluttering : A Handbook of Research, Intervention and Education*. Psychology Press.
- Winters, K. L., & Byrd, C. T. (2020).** *Pediatrician Referral Practices for Children Who Stutter*. https://doi.org/10.1044/2020_ajslp-19-00058
- World Health Organization. (2020).** *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f654956298>
- 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>

TABLE DES ANNEXES

Annexe I - « Kit d'information sur le bégaiement de l'enfant à destination des médecins généralistes » de l'APB (Association Parole Bégaiement).....	63
Annexe II - Questionnaire.....	67
Annexe III - Notice d'information.....	71
Annexe IV - Justification des questions.....	73

Annexe I - « Kit d'information sur le bégaiement de l'enfant à destination des médecins généralistes » de l'APB (Association Parole Bégaiement)



À l'attention de vos patients - À afficher dans votre salle d'attente

Docccteur

Ssssssaviez-vous
q.....que ?

??

Le bégaiement de l'enfant

- ▶ Touche **5 % des enfants**
- ▶ Apparaît le plus souvent **entre 2 et 5 ans**
- ▶ Chez 3 enfants sur 4, il disparaît spontanément **mais pour les autres, il persiste** et nécessite un traitement
- ▶ Les **conséquences sont multiples** : repli sur soi, émotions négatives, trouble de la communication
- ▶ Les **causes sont multifactorielles** : génétiques, environnementales, neurologiques
- ▶ Le bégaiement a un caractère fluctuant : la **souffrance de l'enfant n'est pas liée à la sévérité du trouble**

Evitons que le bégaiement ne s'installe,
Dépistons-le !

Les questions à poser ?

- ▶ Facteurs génétiques
 - Y-a-t-il des personnes bègues ou qui ont bégayé dans la famille ?
- ▶ La durée de la période bégayée
 - L'enfant bégaye-t-il depuis plus de 6 mois à 1 an ?
 - Le bégaiement s'est-il aggravé ?
- ▶ L'âge
 - L'enfant a-t-il 4 ans ou plus ?
- ▶ Facteurs linguistiques
 - Est-ce que l'enfant présente d'autres difficultés de langage ?
 - Au niveau de son langage, est-il en avance par rapport à son âge ?
- ▶ Les facteurs psycho-émotionnels
 - L'enfant est-il conscient de son trouble ?
 - Est-il inquiet face à celui-ci ?
- ▶ L'attitude des parents
 - Les parents sont-ils inquiets par rapport au bégaiement de leur enfant ?

Si vous cochez une de ces cases, orientez l'enfant chez un orthophoniste pour un bilan orthophonique et rééducation si nécessaire.

Les manifestations du bégaiement

Sur le plan verbal

- Des répétitions de sons, syllabes ou mots
- Des blocages et des prolongations de sons
- Des mots d'appui (utilisation de petits mots sans rapport avec le sens de la phrase)

Sur le plan non verbal

- Un évitement du regard
- Une respiration inappropriée pendant la phonation
- Des mouvements indiquant une diffusion de la crispation (léger tremblement des lèvres, clignement des yeux...)
- Un repli sur soi

Pour toute information supplémentaire, contactez :

Association Parole-Bégaiement
begaielement.org • 09 84 25 74 67
contact@begaielement.org



Annexe II - Questionnaire

- Texte de présentation et connaissances sur le bégaiement :

Information des médecins généralistes sur le bégaiement des enfants de 0 à 6 ans.

Voir Modifier Formulaire Résultats Partager

Je suis actuellement étudiante en 5ème d'orthophonie au centre de formation de Toulouse. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, encadré par Mme. Esther Lapébie (orthophoniste) et M. Julien Berra (médecin de santé publique), je m'intéresse aux informations des médecins généralistes sur le bégaiement des enfants de moins de 6 ans et sa prise en soin. L'objectif est de faire un état des lieux et d'analyser les savoirs et les pratiques afin de cibler les éventuels besoins des médecins quant à la prise en soin du bégaiement précoce.

Ce questionnaire a une durée de 5-10 minutes. Les réponses seront anonymes et utilisées uniquement dans le cadre de cette étude. Vous pourrez renseigner votre adresse e-mail si vous le souhaitez afin d'être informé des résultats de cette étude. En acceptant de répondre à ce questionnaire, vous consentez au traitement des données recueillies.

Je vous remercie par avance pour votre contribution et pour le temps que vous accorderez à mon enquête.

Je me tiens à votre disposition par mail pour tout autre renseignement: alice.lacombe@univ-tlse3.fr

Alice Lacombe

Fichiers attachés:

 [notice_dinformation.pdf](#)

Pensez-vous que le bégaiement est : *

- un trouble de la communication
- un trouble du langage oral
- un trouble psychologique

Un seul choix possible

Est-ce que le bégaiement est : *

- d'origine génétique
- de la timidité
- un manque d'estime de soi
- dû à un choc émotionnel
- d'origine neurologique
- héréditaire

Plusieurs réponses possibles

Selon vous, quelle est la prévalence du bégaiement chez l'enfant de moins de 6 ans : *

- 5%
- 2%
- 9%

Un seul choix possible

Pensez-vous que les enfants qui bégaiement ont : *

- une estime de soi plus élevée que la moyenne
- une estime de soi plus faible que la moyenne
- pas d'influence sur l'estime de soi

Un seul choix possible

Quels éléments anamnestiques peuvent vous faire penser à une hypothèse de bégaiement ? *

- L'enfant répète des sons ou des syllabes
- L'enfant bloque sur des sons ou des mots
- L'enfant présente des tensions corporelles
- L'enfant détourne son regard
- Une perte du rythme
- Un parent rapporte un trouble de la fluence
- L'enfant effectue des prolongations de sons
- Autre

Plusieurs réponses possibles

Autres : *

autre élément d'anamnèse

Selon vous, quel est le pourcentage de disparition spontanée du bégaiement au bout d'un an après son apparition ? *

- Moins de 10%
- Environ 50%
- Environ 60%

Un seul choix possible

Selon vous, quel est le taux de guérison naturelle du bégaiement développemental avant l'adolescence ? *

- 50%
- 15%
- 80%

Un seul choix possible

Selon vous, quels sont les facteurs de risque de persistance du bégaiement ? *

- Antécédents familiaux de bégaiement
- Sexe
- Fragilité psychologique
- Durée de la période de bégaiement
- Trouble phonologique (production et perception des sons affectées)
- Sévérité du bégaiement

Plusieurs réponses possibles

- **Parcours de prise en charge :**

Vous recevez un enfant de 4 ans dans votre bureau. Ses parents vous disent qu'ils sont inquiets, car ils ont remarqué que leur enfant bégaille. Que faites-vous ? *

- Vous l'examinez (examen ORL, ophtalmo, etc.)
- Vous conseillez aux parents d'attendre de voir si le bégaiement disparaît spontanément
- Vous redirigez l'enfant vers un autre professionnel
- Vous apportez des conseils aux parents sur la bonne posture à adopter face à leur enfant
- Vous lui prescrivez un traitement
- Autre

Plusieurs réponses possibles

Vous recevez un enfant de 4 ans dans votre bureau. Ses parents vous disent qu'ils sont inquiets, car ils ont remarqué que leur enfant bégaié. Que faites-vous ? *

- Vous l'examinez (examen ORL, ophtalmo, etc.)
- Vous conseillez aux parents d'attendre de voir si le bégaiement disparaît spontanément
- Vous redirigez l'enfant vers un autre professionnel
- Vous apportez des conseils aux parents sur la bonne posture à adopter face à leur enfant
- Vous lui prescrivez un traitement
- Autre

Plusieurs réponses possibles

Vous orientez l'enfant et les parents vers : *

- Un pédiatre
- Un orthophoniste
- Un psychologue
- Un psychiatre ou pédopsychiatre
- Un ORL
- Autre

Plusieurs réponses possibles

Pourquoi orientez-vous l'enfant vers un orthophoniste ? *

Vous recevez un enfant de 4 ans dans votre bureau. Ses parents vous disent qu'ils sont inquiets, car ils ont remarqué que leur enfant bégaié. Que faites-vous ? *

- Vous l'examinez (examen ORL, ophtalmo, etc.)
- Vous conseillez aux parents d'attendre de voir si le bégaiement disparaît spontanément
- Vous redirigez l'enfant vers un autre professionnel
- Vous apportez des conseils aux parents sur la bonne posture à adopter face à leur enfant
- Vous lui prescrivez un traitement
- Autre

Plusieurs réponses possibles

Autre : *

Quels conseils apportez-vous aux parents ? *

- Dire à son enfant de respirer avant de parler
- Parler plus lentement à son enfant
- Faire répéter son enfant
- Répéter ses propositions
- Proposer le mot que l'enfant cherche
- Autre

Plusieurs réponses possibles

- Profil et données démographiques :

Vous êtes *

- Un homme
- Une femme
- Autre

Un seul choix possible

Département d'exercice *

En nombre (exemple: 12)

Âge *

En nombre

Année d'obtention du diplôme *

En nombre

Quel est votre type d'exercice ? *

- Cabinet libéral
- Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP)
- Domicile
- Hôpital
- Autre

Plusieurs réponses possibles

Je suis actuellement interne en médecine générale :

- Cocher cette case si vous êtes concerné

Avez-vous déjà reçu des enfants de moins de 6 ans présentant un bégaiement ou ce qui pourrait s'y apparenter ? *

- Oui
- Non

Un seul choix possible

Remarque supplémentaire

Remerciements

Je vous remercie d'avoir contribué à cette étude en y accordant de votre temps.
N'hésitez pas à me contacter si vous avez des questions : alice.lacombe1@gmail.com

Annexe III - Notice d'information



NOTE D'INFORMATION POUR LA PARTICIPATION À L'ÉTUDE : « Intitulé de l'étude »

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par Lacombe Alice dans le cadre de son mémoire de fin d'études d'Orthophonie, dirigée par Lapébie Esther et Berra Julien, et encadrée par l'Université Toulouse III – Paul Sabatier.

Le présent document décrit l'étude à laquelle il vous est proposé de participer et répond aux questions que vous êtes susceptible de vous poser à partir des informations actuellement disponibles.

Avant de choisir d'y participer ou non, il est important que vous preniez connaissance du but de cette étude et de ce qu'elle implique.

*

1. Pourquoi vous propose-t-on de participer à cette étude ?

Cette étude vous est proposée car vous êtes médecin généraliste exerçant en France.

2. Quels sont les objectifs de l'étude ?

L'objectif principal de cette étude est de faire un état des lieux et d'analyser les savoirs et les pratiques des médecins quant à la prise en soin du bégaiement précoce.

3. Quels sont les bénéfices attendus de votre participation à l'étude ?

Cette étude va permettre de cibler les éventuels besoins des médecins généralistes quant à la prise en soin du bégaiement précoce afin de pouvoir y répondre au mieux.

4. Votre participation à l'étude comporte-t-elle des risques et/ou des contraintes particulières ?

Il n'existe pas de risque à participer à cette étude. Vos données ne seront utilisées que pour l'analyse du questionnaire et seront supprimées par la suite.

5. Comment va se dérouler l'étude ?

La diffusion de ce questionnaire se fait auprès de médecins généralistes de France. Les données recueillies seront ensuite analysées de manière qualitative.

6. Quels sont vos droits en tant que participant à la recherche ?

Vous êtes totalement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude sans avoir à vous justifier, et sans que cela n'entraîne de conséquence pour vous.

Vous disposez du temps que vous estimez nécessaire pour prendre votre décision.

En cas d'acceptation, vous pourrez à tout moment revenir sur votre décision en adressant un e-mail à alice.lacombe@univ-tlse3.fr

7. Cette étude implique-t-elle un traitement de vos données à caractère personnel ?

Votre participation à cette étude nécessite de réaliser un traitement de données à caractère personnel.

Note d'information pour la participation à une étude		
Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de suppression de vos données ainsi que d'un droit d'opposition et de limitation du traitement. En cas de non-respect, vous disposez du droit de porter plainte à la CNIL.		
Base légale : Consentement	Responsable : Université Toulouse III – Paul Sabatier	Délégué à la protection des données : dpo@univ-tlse3.fr



Ce traitement poursuit une finalité de recherche universitaire et a pour base légale votre consentement, que vous pouvez exprimer via un formulaire de consentement spécifique.

La responsabilité du traitement relève de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier, 118 route de Narbonne, 31062 Toulouse.

Vos données sont traitées par l'étudiant porteur de l'étude, ainsi que par ces encadrants (Esther Lapébie et Julien Berra).

Un processus de tri et d'anonymisation sera mis en œuvre afin qu'au terme de l'étude seules les informations anonymisées et d'intérêt scientifique soient conservées pour rédiger le rapport d'étude et évaluer le travail universitaire effectué.

Dans le cas où le directeur de l'étude souhaiterait conserver tout ou partie de vos données afin de les réutiliser pour une étude ultérieure, votre autorisation doit lui être remise via un formulaire de réutilisation spécifique.

8. Quels sont vos droits à l'égard de vos données à caractère personnel ?

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de suppression, et de portabilité de vos données ; ainsi que d'un droit d'opposition et de limitation du traitement.

L'exercice de vos droits doit être adressé par e-mail au Délégué à la protection des données de l'université à dpo@univ-tlse3.fr

Il vous est également possible de porter toute réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

*

Merci de votre participation.

Note d'information pour la participation à une étude		
Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de suppression de vos données ainsi que d'un droit d'opposition et de limitation du traitement. En cas de non-respect, vous disposez du droit de porter plainte à la CNIL.		
Base légale : Consentement	Responsable : Université Toulouse III – Paul Sabatier	Délégué à la protection des données : dpo@univ-tlse3.fr

Annexe IV - Justification des questions

	Echantillon	Hypothèse 1	Hypothèse 2	Pistes explicatives/ Mise en lien des éléments
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
9.1				
9.2				
9.3				
9.4				
9.4.1				
9.4.2				
9.4.3				
9.4.4				
9.4.5				
9.4.6				
10				
11				
12				

	Echantillon	Hypothèse 1	Hypothèse 2	Pistes explicatives/ Mise en lien des éléments
13				
14				
15				
16				

RESUME/ABSTRACT

Titre : Information des médecins généralistes sur le bégaiement des enfants de moins de 6 ans et sa prise en charge

Résumé : Le bégaiement développemental apparaît généralement entre 2 et 4 ans chez 5 % des enfants. La prise en charge orthophonique précoce de l'enfant qui bégaié semble être la meilleure option à ce jour. Néanmoins, il semblerait que l'orientation vers l'orthophoniste soit parfois tardive. La prise en charge orthophonique se fait sous prescription médicale. Or, le premier prescripteur chez l'enfant est le médecin généraliste. Ainsi, l'objectif de cette étude est de comprendre si les médecins généralistes ont besoin de plus d'informations récentes sur le bégaiement des enfants de moins de 6 ans, afin d'améliorer le diagnostic et la prise en charge. Pour ce faire, un questionnaire à destination des médecins généralistes exerçant en France a été proposé afin de les interroger sur leurs connaissances quant au bégaiement développemental et sur les différentes étapes du parcours de soin de l'enfant qui bégaié. Ainsi, les médecins ayant participé à cette étude semblent manquer d'informations nécessaires au diagnostic et à la prise en charge. De nombreux médecins, continuent d'attribuer une cause émotionnelle et psychologique au bégaiement. De plus, les conseils apportés ne sont pas toujours en faveur d'une prise en charge efficace et précoce de l'enfant qui bégaié. Une étude sur un échantillon plus important de médecins, permettrait de cibler avec plus de précision les éléments nécessaires à la sensibilisation des médecins sur le bégaiement développemental.

Mots-clés : Médecin généraliste, bégaiement, enfant, information, prise en charge

Title: Information for general practitioners on children under 6 who speak with a stammer, and its treatment.

Summary: In 5% of children developmental stuttering usually appears between the ages of 2 and 4. Early speech therapy for children who stutter seems to be the best option to date. Nevertheless, it would seem that referral to a speech therapist is sometimes late. Speech therapy requires medical referral. However, in children the first prescriber is the general practitioner. Thus, the objective of this study is to investigate whether general practitioners need more up-to-date information on stuttering in children under the age of 6, in order to improve diagnosis and treatment. To do this, a questionnaire intended for general practitioners practising in France was proposed with a view to questioning them on their knowledge of developmental stuttering and on the different stages of the care pathway for a child who stutters. Findings show that the doctors who participated in this study seem to lack the information necessary for diagnosis and treatment. Many doctors continue to attribute an emotional and psychological cause to stuttering. In addition, the advice given is not always in favour of effective and early treatment of the child who stutters. A study of a larger sample of physicians would make it possible to target with more precision the elements necessary to raise awareness in doctors on developmental stuttering.

Keywords: General practitioner, stuttering, child, information, treatment