

Article

Bégaïement, agressivité perçue et prise en charge psychothérapeutique en contexte d'évaluation orale : Étude clinique qualitative de neuf cas à l'institut Giovanni de Butembo

Remacle Kambale Kamavu^{1,*} Kavira Tawitemwira Julienne², Mukau Ebwel Joachim³

¹ Faculté de Sciences Psychologiques et de l'Éducation, Université de l'Assomption au Congo, Butembo, B.P. 104, République Démocratique du Congo

² Université Officielle de Rwenzori, Butembo, République Démocratique du Congo

³ Université Pédagogique Nationale, Kinshasa, B.P. 8815, République Démocratique du Congo

* Correspondant: remaclekamavu@uaonline.edu.cd

Citation: Kamavu, K.R., Tawitemwira, K.J., Ebwel, M.J. Bégaïement, agressivité perçue et prise en charge psychothérapeutique en contexte d'évaluation orale : étude clinique qualitative de neuf cas à l'Institut Giovanni de Butembo. *Etincelle*, 2026, Vol. 26, no. 2. <https://doi.org/10.61532/rime261119>

Reçu: 02 juin 2026

Accepté: 29 juin 2026

Publié: 04 juillet 2026

Note de l'éditeur: Ishango-uac reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les cartes géographiques publiées et les affiliations institutionnelles des auteurs.



Copyright: © 2026 par les auteurs. Soumis pour une publication en libre accès selon les termes et conditions de la licence Creative Commons Attribution (CC BY) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstract: Cet article est issu d'une recherche de terrain en psychologie clinique consacré à la prise en charge psychothérapeutique des élèves bègues de l'Institut Giovanni de Butembo en contexte d'évaluation orale. Il examine un problème à la fois clinique, scolaire et social : les réactions de tension, de retrait ou d'irritation observées chez certains élèves qui bégaient sont parfois interprétées comme de l'agressivité, alors qu'elles renvoient souvent à l'anxiété de performance, à la peur du jugement, à la honte et à la frustration communicationnelle. L'étude repose sur une méthode clinique qualitative menée auprès de neuf élèves bègues, dont huit garçons et une fille, présentant des formes cloniques, toniques et tonico-cloniques. Les données ont été recueillies à travers l'observation clinique, l'entretien semi-directif et le suivi psychothérapeutique fondé sur l'écoute, la restructuration cognitive, les techniques d'articulation et les exercices de souffle. Les résultats montrent que l'évaluation orale constitue un moment fortement anxiogène : elle augmente les blocages, les répétitions, les tensions corporelles, l'évitement et la baisse de confiance. Après la prise en charge, les élèves présentent une amélioration qualitative de la respiration, de l'articulation, de la participation orale et de l'estime de soi. La contribution originale de l'article est de proposer un modèle clinique et psychosocial contextualisé montrant que l'agressivité attribuée aux élèves bègues est souvent une lecture sociale erronée de réponses défensives produites dans un contexte d'insécurité communicationnelle. L'étude plaide pour une prise en charge intégrée associant psychothérapie, psychoéducation et pédagogie inclusive.

Mots-clés : bégaïement ; évaluation orale ; psychothérapie ; thérapie cognitivo-comportementale ; anxiété sociale ; agressivité perçue ; élèves bègues ; Butembo.

1. Introduction

Le bégaïement est un trouble de la fluence verbale qui se manifeste par des répétitions, des prolongations, des blocages et des tensions associées à la parole. Dans le DSM-5-TR, il est classé parmi les troubles de la communication et désigné comme trouble de la fluidité verbale débutant dans l'enfance (American Psychiatric Association, 2022). Toutefois, réduire le bégaïement à une difficulté d'élocution serait insuffisant. Les travaux contemporains montrent qu'il s'agit d'une expérience multidimensionnelle qui engage le corps, la parole, les émotions, les croyances sur soi, les relations sociales et les réponses de l'environnement (Smith & Weber, 2017 ; Tichenor & Yaruss, 2019).

En milieu scolaire, cette réalité devient plus sensible encore lorsque l'élève doit parler devant la classe, répondre à une interrogation orale, lire à haute voix ou défendre une idée

devant l'enseignant. La parole n'est plus seulement un outil de communication ; elle devient un instrument d'évaluation. Pour l'élève qui bégaye, cette situation peut provoquer une double pression : il doit montrer qu'il connaît la matière tout en affrontant la possibilité de bégayer devant les autres. La recherche dont est issu cet article a précisément été menée dans ce contexte, auprès d'élèves bégues de l'Institut Giovanni de Butembo.

Le problème étudié ne se limite donc pas à la présence de disfluences. Il concerne aussi la manière dont ces disfluences sont vécues, interprétées et parfois stigmatisées. Dans certains contextes scolaires, un élève qui se tait, évite le regard, répond brièvement ou manifeste une tension visible peut être perçu comme impoli, désintéressé ou agressif. Or les données psychologiques sur le bégaiement indiquent que ces réactions relèvent plus souvent de l'anxiété sociale, de la honte, de la fatigue interactionnelle et de la protection de soi que d'une intention hostile (Boyle, 2018 ; Iverach & Rapee, 2014 ; Lei et al., 2024).

L'originalité de cet article est d'articuler deux dimensions rarement traitées ensemble dans le contexte congolais : d'une part, la prise en charge psychothérapeutique des élèves bégues en situation d'évaluation orale ; d'autre part, la déconstruction du stéréotype d'agressivité attribué aux personnes qui bégaiement. L'article défend l'idée que l'agressivité perçue chez l'élève bégue est souvent une erreur d'attribution : l'entourage interprète comme hostilité ce qui constitue, en réalité, une réaction défensive face à une situation vécue comme menaçante.

La question centrale est donc la suivante : comment la prise en charge psychothérapeutique peut-elle améliorer le vécu psychologique, la participation orale et l'intégration scolaire des élèves bégues, tout en aidant à déconstruire l'interprétation erronée de certaines réactions défensives comme agressives ? Trois objectifs structurent l'article : identifier les manifestations psychologiques et émotionnelles du bégaiement en contexte d'évaluation orale ; analyser les effets d'une prise en charge psychothérapeutique intégrant l'écoute clinique, la TCC, l'articulation et le souffle ; proposer un modèle explicatif contextualisé de l'agressivité perçue dans le bégaiement scolaire.

2. Cadre théorique

2.1. Le bégaiement comme trouble multidimensionnel

Les modèles actuels ne considèrent plus le bégaiement comme une simple difficulté mécanique de la parole. Ils le décrivent comme un trouble neurodéveloppemental multifactoriel, résultant d'interactions complexes entre facteurs moteurs, linguistiques, émotionnels, génétiques, cognitifs et environnementaux (Smith & Weber, 2017). Cette perspective permet d'éviter les explications culpabilisantes selon lesquelles l'élève bégaiement par manque de volonté, faiblesse morale ou instabilité personnelle.

L'expérience du bégaiement dépasse les manifestations audibles. Les personnes qui bégaiement décrivent souvent l'anticipation du blocage, la peur de perdre le contrôle, la honte, les stratégies d'évitement et la négociation permanente avec le regard social (Tichenor & Yaruss, 2019). Dans une salle de classe, ces dimensions sont particulièrement visibles : l'élève sait qu'il doit parler, mais il sait aussi que son bégaiement peut être remarqué, commenté ou moqué.

2.2. Évaluation orale, anxiété sociale et stigmatisation

Les situations d'évaluation orale constituent des contextes à forte charge émotionnelle. Elles mobilisent la performance scolaire, l'image de soi et la relation aux pairs. Chez les personnes qui bégaiement, les études montrent des niveaux élevés d'anxiété sociale et de crainte de l'évaluation négative, même si cette anxiété ne doit pas être considérée comme l'essence du bégaiement (Craig & Tran, 2014 ; Iverach & Rapee, 2014).

La stigmatisation aggrave cette vulnérabilité. Boyle (2018) a montré que les personnes qui bégaiement peuvent vivre des formes de stigma explicite, mais aussi anticiper de futures réactions négatives. Les travaux récents sur l'auto-stigmatisation indiquent que l'intériorisation

risation des jugements sociaux peut réduire la participation communicationnelle et affecter la santé mentale (Boyle et al., 2023). Dans le contexte scolaire, ces mécanismes peuvent conduire l'élève à éviter la parole, à minimiser ses interventions ou à accepter des résultats inférieurs à ses capacités réelles.

2.3. Psychothérapie et approche cognitivo-comportementale

La prise en charge du bégaiement ne peut être limitée à la réduction des disfluences. Les interventions les plus utiles sont celles qui prennent en compte la personne entière : sa parole, son anxiété, son estime de soi, ses croyances sur la communication et son environnement. Les approches cognitivo-comportementales sont particulièrement pertinentes lorsqu'il s'agit de travailler sur les pensées automatiques négatives, la peur de parler, l'évitement et la honte (Menzies et al., 2008 ; Iverach et al., 2017).

Dans une perspective scolaire, cette approche doit être complétée par des techniques pratiques d'articulation, de respiration et de psychoéducation. La littérature sur les interventions auprès des enfants et adolescents souligne l'intérêt des approches comportementales et intégrées, mais rappelle aussi que l'efficacité dépend du contexte, de l'intensité du suivi, de l'implication de l'environnement et de l'adaptation aux besoins du sujet (Nye et al., 2013 ; Laiho et al., 2022).

2.4. Agressivité réelle, agressivité perçue et réponses défensives

L'agressivité désigne un comportement orienté vers l'atteinte ou la nuisance à autrui, de manière intentionnelle ou perçue comme telle (Baron & Richardson, 1994). Cette définition impose une distinction importante entre colère, irritation, assertivité, retrait et agression. Une réaction brève, un silence ou une demande de ne pas être interrompu ne constituent pas nécessairement de l'agressivité. Ils peuvent traduire une tentative de préserver sa dignité dans une situation de communication difficile.

Dans le cas du bégaiement, l'agressivité perçue peut naître d'un malentendu social. L'auditeur observe une tension, un blocage, une réponse courte ou un évitement, puis attribue cette réaction à la personnalité de l'élève. Pourtant, les données sur le bégaiement montrent que ces manifestations sont souvent liées à la peur du jugement, à la frustration communicationnelle, à l'expérience de stigma et à la fatigue de devoir toujours justifier sa manière de parler (Constantino et al., 2022 ; Lei et al., 2024).

3. Méthodologie

3.1. Type d'étude et ancrage empirique

Cette étude repose sur une étude clinique qualitative issue d'une recherche en psychologie clinique. La démarche retenue vise moins la généralisation statistique que la compréhension approfondie de situations cliniques singulières. Elle permet d'examiner comment le bégaiement est vécu par des élèves exposés aux évaluations orales et comment une prise en charge psychothérapeutique peut modifier leur rapport à la parole, à eux-mêmes et aux autres.

Le choix de la méthode clinique se justifie par la nature du phénomène étudié. Le bégaiement scolaire ne se comprend pas seulement par le comptage des disfluences ; il exige d'analyser l'histoire du sujet, ses émotions, ses cognitions, ses conduites d'évitement, ses relations aux enseignants et aux pairs, ainsi que les conditions concrètes de l'évaluation orale.

3.2. Site, participants et critères de sélection

L'étude a été menée à l'Institut Giovanni de Butembo, dans la province du Nord-Kivu en République Démocratique du Congo. L'échantillon est constitué de neuf élèves bègues retenus parce qu'ils présentaient des manifestations observables du bégaiement, étaient exposés aux évaluations orales et acceptaient de participer à la démarche d'accompagnement. Dans l'article, les cas sont présentés de manière anonymisée afin de protéger les participants.

Les élèves appartiennent à l'adolescence scolaire. L'échantillon comprend huit garçons et une fille, avec des formes de bégaiement clonique, tonique et tonico-clonique. Ce profil rejoint la littérature internationale qui observe une fréquence plus élevée du bégaiement persistant chez les garçons, sans que cette observation puisse être généralisée à partir d'un échantillon aussi restreint.

Table 1. Répartition des participants selon le type de bégaiement et le sexe

Type de bégaiement	Garçons	Filles	Total	Pourcentage
Bégaiement clonique	3	1	4	44,4 %
Bégaiement tonique	3	0	3	33,3 %
Bégaiement tonico-clonique	2	0	2	22,2 %
Total	8	1	9	100 %

Source : synthèse des données empiriques du terrain

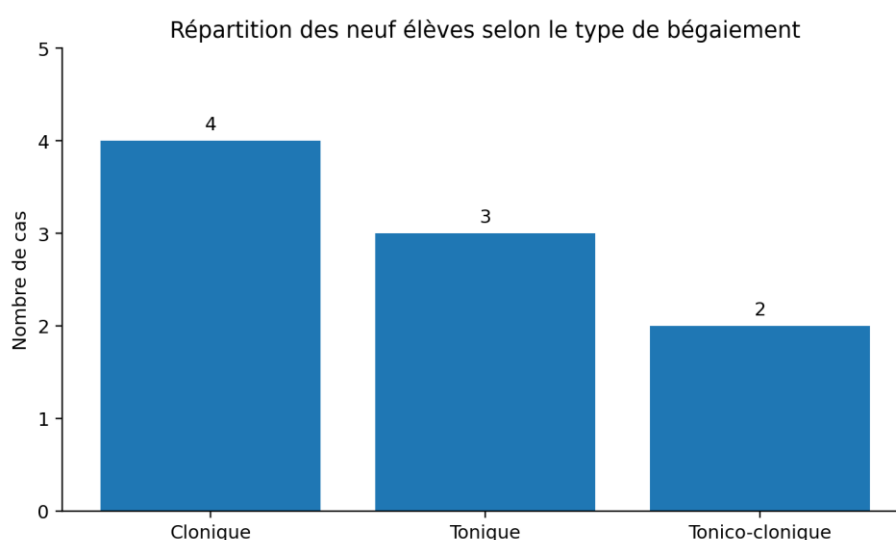


Figure 1. Répartition visuelle des participants selon le type de bégaiement

3.3. Techniques de collecte et de prise en charge

Les données ont été recueillies à partir de trois sources complémentaires : l'observation clinique des conduites de parole et de retrait en situation scolaire ; l'entretien semi-directif centré sur le vécu de l'élève, ses peurs, ses expériences de moquerie et son rapport à l'évaluation orale ; enfin, les notes issues de la prise en charge psychothérapeutique. Cette triangulation permet de croiser ce que l'élève montre, ce qu'il dit de son vécu et ce qui évolue au cours de l'accompagnement.

La prise en charge a associé quatre composantes : l'écoute clinique, destinée à accueillir la souffrance et à sécuriser la parole ; la restructuration cognitive, visant à travailler les pensées automatiques négatives liées au jugement ; les techniques d'articulation, pour soutenir un meilleur contrôle de la parole ; les exercices de souffle, pour réduire la tension corporelle et améliorer la coordination respiration-parole. L'intervention n'est donc pas pensée comme une simple correction de la parole, mais comme un accompagnement global de l'élève dans son rapport à la communication.

3.4. Méthode d'analyse

L'analyse a été conduite selon une logique clinique et thématique. Les données ont été regroupées autour de cinq axes : manifestations verbales du bégaiement ; symptômes émotionnels en contexte d'évaluation orale ; conduites d'évitement et participation scolaire ; effets observés après les exercices d'articulation et de souffle ; transformation des pensées négatives et de l'estime de soi après l'accompagnement psychothérapeutique. Les résultats sont présentés sous forme de synthèse qualitative.

3.5. Considérations éthiques et limites méthodologiques

Les données sont rapportées de manière anonymisée et synthétique. L'étude porte sur un petit échantillon clinique de neuf cas, ce qui ne permet pas une généralisation statistique à l'ensemble des élèves bégues. Les résultats doivent donc être compris comme une contribution contextualisée, utile pour la compréhension clinique et pédagogique du phénomène, mais nécessitant des études complémentaires avec des instruments standardisés, un suivi longitudinal et des groupes de comparaison.

4. Résultats

4.1. Profil clinique des participants

La première observation importante concerne la diversité des formes de bégaiement. Le bégaiement clonique est le plus fréquent dans l'échantillon, avec quatre cas sur neuf. Il est suivi du bégaiement tonique, observé chez trois élèves, puis du bégaiement tonico-clonique, observé chez deux élèves. La présence de ces trois formes rappelle que le bégaiement n'est pas homogène : chaque élève présente un rapport particulier à la parole, à la tension corporelle et à l'évaluation.

La prédominance masculine observée dans l'échantillon ne permet pas, à elle seule, de conclure à une tendance générale. Elle reste toutefois cohérente avec les données internationales qui rapportent une fréquence plus élevée du bégaiement persistant chez les garçons. Dans le cadre de cette étude, ce résultat sert surtout à situer les cas dans leur contexte clinique plutôt qu'à produire une estimation épidémiologique.

4.2. L'évaluation orale comme déclencheur d'anxiété et de dysfluences

Les données cliniques montrent que l'évaluation orale constitue un moment particulièrement sensible. Avant même de parler, plusieurs élèves anticipent la possibilité de bégayer et imaginent les réactions de la classe : rire, impatience, remarque blessante ou jugement de l'enseignant. Cette anticipation augmente la tension, accélère parfois le débit verbal, perturbe la respiration et favorise les répétitions ou les blocages.

Les cas étudiés indiquent également que certains élèves obtiennent de meilleurs résultats à l'écrit qu'à l'oral. Cette différence ne traduit pas une faiblesse intellectuelle, mais l'effet du contexte de performance sur l'expression des connaissances. Le bégaiement agit alors comme un filtre entre ce que l'élève sait et ce qu'il peut exprimer publiquement. C'est une donnée essentielle pour les enseignants : une réponse orale difficile ne signifie pas nécessairement une compréhension insuffisante.

4.3. Manifestations psychologiques : honte, peur du jugement et retrait

L'analyse psychopathologique met en évidence des manifestations récurrentes : anxiété sociale, peur du ridicule, honte, baisse de l'estime de soi, inhibition, évitement de la parole et retrait relationnel. Les élèves rapportent ou montrent une crainte de parler devant les autres, surtout lorsque l'interrogation orale est rapide, imprévisible ou accompagnée de moqueries. Ces réactions ne relèvent pas d'une agressivité intrinsèque. Elles expriment plutôt une insécurité communicationnelle.

Le retrait de certains élèves peut être mal compris par l'entourage. Un élève silencieux peut être jugé peu motivé ; un élève qui répond brièvement peut être perçu comme froid ; un élève qui refuse de répéter peut être considéré comme insolent. Pourtant, la lecture clinique montre que ces conduites sont souvent des réponses de protection. Elles permettent à l'élève de réduire l'exposition au regard des autres et de préserver son estime personnelle.

4.4. Effets des techniques d'articulation

Les techniques d'articulation ont permis de travailler la prononciation progressive des sons, le ralentissement du débit, la diminution des répétitions syllabiques et le contrôle de certains blocages. Les résultats ne doivent pas être compris comme une guérison

du bégaiement, mais comme une amélioration qualitative du contrôle de la parole et de la sécurité ressentie dans certaines situations de communication.

Table 2. Évolution qualitative des difficultés d'articulation avant et après la prise en charge

Manifestations	Avant psychothérapie	Après psychothérapie
Répétitions fréquentes	Très élevées	Modérées
Blocages verbaux	Fréquents	Réduits
Difficultés articulatoires	Importantes	Améliorées
Fluidité verbale	Faible	Moyenne

Source : synthèse des observations cliniques du terrain

4.5. Effets des exercices de souffle

Les exercices respiratoires ont eu un rôle important dans la diminution des tensions physiques associées à la parole. Les élèves ont progressivement appris à mieux coordonner respiration et émission verbale. Cette évolution a contribué à réduire les blocages respiratoires, la tension musculaire et l'anxiété anticipatoire liée à la prise de parole.

Table 3. Effets qualitatifs des exercices de souffle

Symptômes observés	Avant thérapie	Après thérapie
Tension musculaire	Élevée	Faible
Blocage respiratoire	Fréquent	Rare
Respiration irrégulière	Importante	Contrôlée
Anxiété de parole	Intense	Réduite

Source : synthèse des observations cliniques du terrain

4.6. Effets de l'approche cognitivo-comportementale

L'approche cognitivo-comportementale a permis de travailler les pensées négatives qui entretenaient la peur de parler. Plusieurs élèves associaient l'évaluation orale à des anticipations catastrophiques : être ridiculisé, faire rire la classe, perdre tous ses moyens ou être considéré comme incapable. La restructuration cognitive a aidé à remplacer ces pensées par des interprétations plus réalistes : le bégaiement n'annule pas la valeur personnelle, une parole non fluente peut rester compréhensible, et l'erreur orale ne signifie pas l'échec global de l'élève.

Les résultats montrent une amélioration progressive de la confiance en soi, des interactions avec les camarades et de la participation aux activités scolaires. Cette amélioration reste qualitative, car l'étude n'a pas utilisé d'échelle standardisée avant-après. Elle est néanmoins cliniquement significative dans le sens où les élèves accompagnés montrent moins d'évitement, une respiration plus contrôlée et une meilleure capacité à affronter les situations de parole.

4.7. De l'agressivité perçue à la réponse de protection

L'un des apports les plus importants de cette étude concerne la relecture du stéréotype d'agressivité. Les données du terrain montrent plutôt que certains comportements associés au bégaiement peuvent être mal interprétés : silence, retrait, réponses courtes, refus de prolonger l'échange, tension visible ou irritabilité momentanée. Ces réactions prennent sens lorsqu'on les replace dans le contexte de l'évaluation orale, des moqueries, de la peur du jugement et de la fatigue émotionnelle.

Ainsi, l'agressivité perçue apparaît comme une construction interactionnelle. Elle ne vient pas directement du bégaiement, mais de la rencontre entre une parole disfluente, un environnement peu sécurisant et une attribution sociale erronée. La psychothérapie permet précisément de rompre cette chaîne en aidant l'élève à comprendre ses émotions, à

réguler sa tension, à affirmer ses besoins sans violence et à retrouver une place plus active dans la classe.

5. Discussion

Les résultats confirment que le bégaiement scolaire doit être compris dans une perspective biopsychosociale. Les difficultés de parole sont réelles, mais leur impact dépend fortement des situations de communication. L'évaluation orale intensifie la pression parce qu'elle rend la parole publique, évaluée et parfois exposée à la moquerie. Ce constat rejoint les travaux qui montrent que l'expérience du bégaiement varie selon les partenaires, le contexte social et la présence d'un auditeur réel ou anticipé (Jackson et al., 2021 ; Lei et al., 2024).

La prise en charge observée dans cette étude confirme l'intérêt d'une approche intégrée. Les techniques d'articulation et de souffle agissent sur la dimension corporelle et comportementale de la parole ; la TCC agit sur les pensées, la peur du jugement et les conduites d'évitement ; l'écoute clinique soutient l'estime de soi et l'expression du vécu. Cette combinaison rejoint les orientations contemporaines qui invitent à ne pas opposer intervention sur la parole et accompagnement psychologique (Menzies et al., 2008 ; Laiho et al., 2022).

La contribution spécifique de cette étude est son ancrage dans un contexte congolais peu documenté. L'Institut Giovanni de Butembo représente un terrain clinique et éducatif particulier, où les élèves bègues affrontent à la fois les exigences scolaires, les réalités socioculturelles, le plurilinguisme et les représentations sociales du trouble. L'article montre que la prise en charge ne peut être copiée mécaniquement sur des modèles occidentaux : elle doit être adaptée à la classe, à la famille, aux langues utilisées, aux attentes des enseignants et aux ressources locales.

Enfin, les résultats contribuent à la déconstruction du stéréotype d'agressivité. Ils montrent que la tension visible ou l'évitement ne doivent pas être interprétés trop rapidement comme des défauts de caractère. Une lecture clinique plus juste permet de comprendre que l'élève ne refuse pas toujours la relation ; il peut chercher à survivre psychologiquement à une situation qui l'expose. Cette nuance a une portée éthique : elle invite l'école à écouter autrement, à évaluer autrement et à protéger la dignité communicationnelle des apprenants.

6. Modèle clinique et psychosocial proposé

À partir des résultats du terrain et de la littérature récente, l'article propose un modèle clinique et psychosocial de l'agressivité perçue dans le bégaiement en contexte d'évaluation orale. Le modèle part de la situation scolaire : l'évaluation orale active l'anticipation du bégaiement, laquelle augmente la tension et favorise les disfluences. La réaction de l'entourage peut ensuite renforcer la honte, la peur et le retrait. Lorsque ces réponses défensives sont interprétées comme de l'hostilité, le stéréotype d'agressivité se consolide. L'intervention psychothérapeutique permet d'agir sur cette chaîne en renforçant la sécurité intérieure de l'élève et la qualité relationnelle de l'environnement.

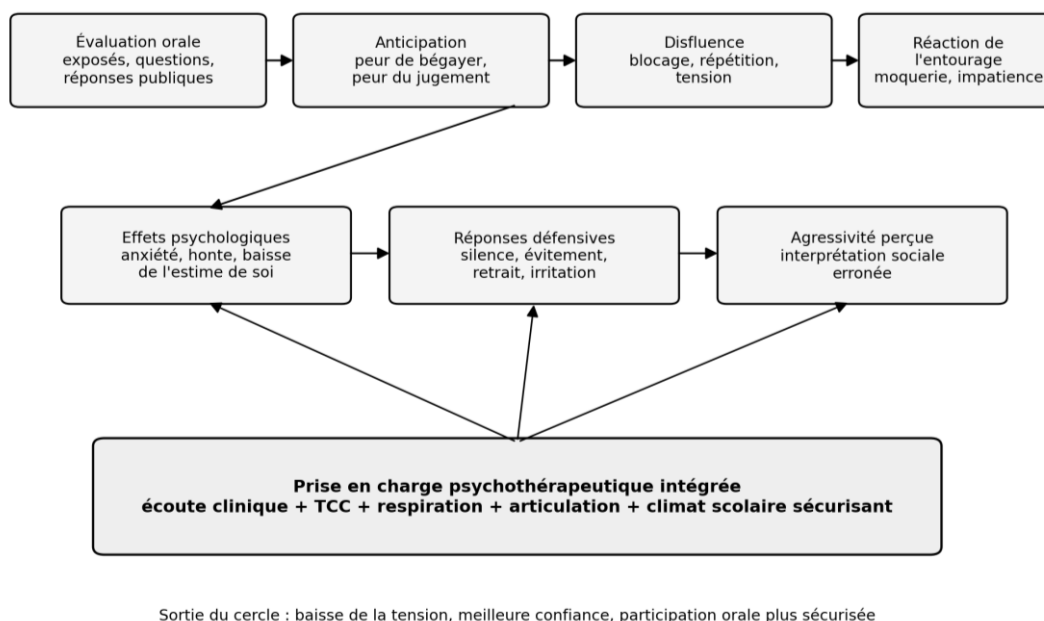


Figure 2. Modèle clinique et psychosocial de l'agressivité perçue dans le bégaiement en contexte d'évaluation orale

7. Contributions de l'article

La première contribution est empirique : l'article transforme un matériau de terrain en une synthèse scientifique fondée sur neuf cas cliniques. Il ne se limite plus à une revue théorique ; il s'appuie sur des données issues d'observations, d'entretiens et d'une prise en charge réelle en milieu scolaire.

La deuxième contribution est méthodologique : il propose une manière de présenter des données cliniques qualitatives sans leur attribuer une portée statistique excessive. Les tableaux décrivent des tendances observées, non des mesures expérimentales. Cette prudence renforce la crédibilité de l'article.

La troisième contribution est clinique : l'article met en évidence l'intérêt d'une prise en charge intégrée, associant écoute, TCC, articulation et souffle. Il montre que l'amélioration recherchée ne concerne pas seulement la fluence, mais aussi la confiance, l'estime de soi, la participation et l'intégration scolaire.

La quatrième contribution est théorique et sociale : l'étude propose de comprendre l'agressivité perçue comme une erreur d'attribution produite par l'environnement. Elle déplace le regard : au lieu de demander si l'élève bègue est agressif, elle interroge les conditions dans lesquelles sa tension est produite, perçue et interprétée.

8. Implications pratiques

Pour les psychologues scolaires, les résultats invitent à intégrer systématiquement l'évaluation de l'anxiété, de l'estime de soi, des croyances négatives et des conduites d'évitement dans la prise en charge du bégaiement. Le travail thérapeutique doit aider l'élève à distinguer son trouble de sa valeur personnelle.

Pour les enseignants, l'étude recommande des évaluations orales plus inclusives : laisser le temps de répondre, éviter de compléter les phrases de l'élève, prévenir les moqueries, proposer des modalités progressives de prise de parole et distinguer la maîtrise du contenu de la fluidité de l'expression.

Pour les familles, l'accompagnement consiste à écouter sans pression excessive, à éviter les injonctions humiliantes et à soutenir la parole de l'enfant dans un climat de patience. Une famille qui sécurise la communication aide l'élève à transférer cette sécurité vers l'école.

Pour les institutions scolaires, la création de cellules d'écoute, la formation des enseignants et la collaboration entre psychologues, éducateurs et familles constituent des leviers importants pour réduire la stigmatisation et améliorer la participation des élèves bègues.

9. Limites et perspectives

Cette étude présente plusieurs limites. L'échantillon est réduit et ne permet pas de généraliser les résultats à tous les élèves bègues. Les effets de la prise en charge sont décrits qualitativement et ne reposent pas sur des échelles standardisées avant-après. La durée du suivi ne permet pas d'évaluer la stabilité des améliorations à long terme. Enfin, l'absence de groupe témoin limite l'interprétation causale des effets observés.

Des recherches futures pourraient utiliser une méthodologie mixte, combinant observation clinique, entretiens, échelles d'anxiété sociale, échelles d'estime de soi, mesures de qualité de vie et évaluation standardisée de la sévérité du bégaiement. Il serait aussi pertinent de comparer les perceptions des élèves, des enseignants et des familles afin de mieux comprendre la formation sociale du stéréotype d'agressivité.

10. Conclusion

L'étude met en évidence que le bégaiement en contexte d'évaluation orale ne peut être compris uniquement comme un trouble de la fluence. Chez les élèves de l'Institut Giovanni de Butembo, il engage l'anxiété, la peur du jugement, la honte, l'estime de soi, la participation scolaire et la relation aux autres. Les résultats montrent que la prise en charge psychothérapeutique intégrée, associant écoute clinique, TCC, articulation et souffle, contribue à réduire la tension et à améliorer progressivement la confiance dans les situations de parole.

L'article apporte également une clarification importante : les comportements parfois perçus comme agressifs chez les élèves qui bégaiement ne relèvent pas nécessairement d'une agressivité réelle. Ils sont souvent des réponses défensives à une situation d'insécurité communicationnelle. Déconstruire ce stéréotype suppose donc de changer le regard porté sur l'élève, mais aussi de transformer les pratiques scolaires qui rendent la parole inutilement menaçante.

En définitive, la valeur de cette étude tient à son double ancrage : clinique et contextuel. Elle montre qu'une prise en charge psychothérapeutique adaptée peut aider l'élève bègue non seulement à mieux parler, mais surtout à mieux vivre sa parole, à participer davantage et à retrouver une dignité communicationnelle dans l'espace scolaire.

Contributions : Conceptualisation, K.K.R. ; méthodologie, K.K.R.; validation, M.E.J & K.T.J.; investigation, K.K.R., M.E.J & K.T.J.; ressources, K.K.R.; traitement des données, K.K.R.; écrire le manuscrit, K.K.R.; visualisation, K.K.R.; supervision, M.E.J & K.T.J.; correction du manuscrit, K.K.R. Les auteurs ont lu et approuvé la version publiée de ce manuscrit.

Sponsor financier : Cette recherche n'a reçu aucun soutien financier.

Disponibilité des données : Les données ne sont pas disponibles.

Remerciement : Non applicable.

Conflits d'intérêt : Les auteurs déclarent aucun conflit d'intérêt.

Références

1. American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association Publishing.
2. Baron, R. A., & Richardson, D. R. (1994). Human aggression (2nd ed.). Plenum Press.
3. Beck, J. S. (2021). Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (3rd ed.). Guilford Press.
4. Bloodstein, O., Bernstein Ratner, N., & Brundage, S. B. (2021). A handbook on stuttering (7th ed.). Plural Publishing.
5. Boyle, M. P. (2015). Relationships between psychosocial factors and quality of life for adults who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24(1), 1–12. https://doi.org/10.1044/2014_AJSLP-14-0089
6. Boyle, M. P. (2018). Enacted stigma and felt stigma experienced by adults who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 73, 50–61. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2018.03.004>
7. Boyle, M. P., Cheyne, M. R., & Rosen, A. L. (2023). Self-stigma of stuttering: Implications for communicative participation and mental health. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 66(9), 3328–3345. https://doi.org/10.1044/2023_JSLHR-23-00098
8. Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452–459. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.3.452>
9. Constantino, C., Campbell, P., & Simpson, S. (2022). Stuttering and the social model. *Journal of Communication Disorders*, 96, Article 106200. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2022.106200>
10. Craig, A., & Tran, Y. (2014). Trait and social anxiety in adults with chronic stuttering: Conclusions following meta-analysis. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 35–43. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2014.01.001>
11. Croft, R. L., & Byrd, C. T. (2020). Self-compassion and quality of life in adults who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(4), 2097–2108. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00055
12. Engelen, M. M., Franken, M.-C. J. P., Stipdonk, L. W., Horton, S. E., Jackson, V. E., Reilly, S., Morgan, A. T., Fisher, S. E., van Dulmen, S., & Eising, E. (2024). The association between stuttering burden and psychosocial aspects of life in adults. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 67(5), 1385–1399. https://doi.org/10.1044/2024_JSLHR-23-00562
13. Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
14. Iverach, L., & Rapee, R. M. (2014). Social anxiety disorder and stuttering: Current status and future directions. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 69–82. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.08.003>
15. Iverach, L., Rapee, R. M., Wong, Q. J. J., & Lowe, R. (2017). Maintenance of social anxiety in stuttering: A cognitive-behavioral model. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26(2), 540–556. https://doi.org/10.1044/2016_AJSLP-16-0033
16. Jackson, E. S., Miller, L. R., Warner, H. J., & Yaruss, J. S. (2021). Adults who stutter do not stutter during private speech. *Journal of Fluency Disorders*, 70, Article 105878. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2021.105878>
17. Laiho, A., Elovaara, H., Kaisamatti, K., Luhtalampi, K., Talaskivi, L., Pohja, S., Routamo-Jaatela, K., & Vuorio, E. (2022). Stuttering interventions for children, adolescents, and adults: A systematic review as a part of clinical guidelines. *Journal of Communication Disorders*, 99, Article 106242. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2022.106242>
18. Lei, X., Sasisekaran, J., & Nguyen-Feng, V. N. (2024). The experience of stuttering in everyday life among adults who stutter: The impact of trait social anxiety and the social situations. *Journal of Fluency Disorders*, 80, Article 106061. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2024.106061>
19. Menzies, R. G., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., St Clare, T., & Block, S. (2008). An experimental clinical trial of a cognitive-behavior therapy package for chronic stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(6), 1451–1464. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/07-0070\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008/07-0070))
20. Nye, C., Vanryckeghem, M., Schwartz, J. B., Herder, C., Turner, H. M., & Howard, C. (2013). Behavioral stuttering interventions for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 56(3), 921–932. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2012/12-0036\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2012/12-0036))
21. Smith, A., & Weber, C. (2017). How stuttering develops: The multifactorial dynamic pathways theory. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(9), 2483–2505. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0343
22. Tichenor, S. E., Walsh, B. M., Gerwin, K. L., & Yaruss, J. S. (2022). Emotional regulation and its influence on the experience of stuttering across the life span. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 65(7), 2412–2430. https://doi.org/10.1044/2022_JSLHR-21-00467
23. Tichenor, S. E., & Yaruss, J. S. (2019). Stuttering as defined by adults who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62(12), 4356–4369. https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-19-00137
24. Walsh, B. M., Grobbel, H., Christ, S. L., Tichenor, S. E., & Gerwin, K. L. (2023). Exploring the relationship between resilience and the adverse impact of stuttering in children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 66(7), 2278–2295. https://doi.org/10.1044/2023_JSLHR-23-00012
25. Woods, C. L., & Williams, D. E. (1976). Traits attributed to stuttering and normally fluent males. *Journal of Speech and Hearing Research*, 19(2), 267–278. <https://doi.org/10.1044/jshr.1902.267>
26. 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>