
Validation francophone de l'échelle "Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering" chez les enfants âgés de 7 à 12 ans qui bégaient.

Auteur : Jadoul, Apolline

Promoteur(s) : Leclercq, Anne-Lise

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en logopédie, à finalité spécialisée en voix

Année académique : 2021-2022

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/15394>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

**Validation francophone de l'échelle « Overall
Assessment of the Speaker's Experience of
Stuttering » chez les enfants âgés de 7 à 12 ans qui
bégaiant**

Mémoire présenté par

Apolline JADOUL

En vue de l'obtention du grade de Master en logopédie

Promotrice : Anne-Lise Leclercq

Lectrices : Estelle Dauvister et Astrid Moyse

Année académique **2021-2022**

REMERCIEMENTS

En premier lieu, nous tenons à remercier tout particulièrement notre promotrice, Madame Anne-Lise Leclercq, pour son accompagnement précieux, sa confiance et sa disponibilité au cours de la réalisation de ce mémoire.

Nous remercions également Monsieur Clément Aunis-Oumghar pour ses conseils avisés et sa participation au projet.

Nous remercions ensuite les nombreuses logopèdes et orthophonistes qui ont pris le temps pour cette étude, dont la collaboration était précieuse.

Nous souhaitons également adresser nos sincères remerciements aux enfants et à leurs parents pour leur motivation et leur volonté lors de nos entretiens, sans qui cette expérimentation n'aurait pas lieu d'être.

Nous remercions chaleureusement nos proches pour leurs encouragements, leurs nombreuses relectures et leur soutien tout au long de ces années.

Enfin, nous tenons à remercier Emeline et Anne-Michèle pour leur relecture minutieuse ainsi que Cécile et Fiona pour leur aide en statistiques.

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|----|
| Tableau 1. Moyennes, écarts-types et étendues pour la version francophone de l'OASES-S, la version de référence anglophone (Yaruss & Quesal, 2016) et les autres versions traduites (Lankman et al., 2015; Lindström et al., 2020; Rocha, Rato, et al., 2020) | 40 |
| Tableau 2. Moyennes, écarts-types et étendues pour les résultats obtenus au questionnaire LSAS | 42 |
| Tableau 3. Moyennes, écarts-types et étendues pour les résultats obtenus au questionnaire PedsQL | 42 |
| Tableau 4. Moyennes, écarts-types et étendues pour les résultats obtenus au questionnaire Palin PRS | 43 |
| Tableau 5. Alphas de Cronbach des sections des versions francophone, anglophone (Yaruss & Quesal, 2016), néerlandaise (Lankman et al., 2015), portugaise (Rocha, Rato, et al., 2020) et suédoise (Lindström et al., 2020) | 43 |
| Tableau 6. Moyennes, écarts-types et étendues pour les deux administrations de l'OASES-S | 45 |
| Tableau 7. Corrélations de Spearman entre les sections et le score total de l'OASES-S avec les sections et le score total du Palin PRS | 48 |
| Tableau 8. Corrélations de Spearman entre l'OASES-S et le score de sévérité du SSI-4 et l'échelle de sévérité de Lidcombe | 49 |

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION GÉNÉRALE | 1 |
| INTRODUCTION THÉORIQUE | 2 |
| 1. Le bégaiement | 2 |
| 1.1. Définitions | 2 |
| 1.2. Formes de bégaiement | 4 |
| 1.3. Étiologies du bégaiement..... | 6 |
| 1.4. Épidémiologie..... | 6 |
| 2. Qualité de vie et bégaiement | 7 |
| 2.1. Qualité de vie chez l'adulte qui bégaié..... | 7 |
| 2.2. Qualité de vie chez l'adolescent qui bégaié..... | 14 |
| 2.3. Qualité de vie chez l'enfant qui bégaié..... | 16 |
| 2.4. Évaluation de la qualité de vie..... | 20 |
| OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES | 29 |
| MÉTHODOLOGIE | 31 |
| 1.1. Participants | 31 |
| 1.2. Traduction francophone de l'OASES-S | 31 |
| 1.3. Outils | 32 |
| 1.4. Procédure | 36 |
| 1.5. La télé-pratique..... | 38 |
| RÉSULTATS | 39 |
| 1. Introduction | 39 |
| 2. Analyses descriptives | 39 |
| 2.1. Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering for School-age children (OASES-S) | 39 |
| 2.2. Liebowitz Social Anxiety Scale Children and Adolescents (LSAS-CA)..... | 41 |
| 2.3. The Pediatric Quality of Life Inventory 8-12 ans (PedsQL) | 42 |
| 2.4. Stuttering Severity Instruments-Fourth Edition (SSI-4)..... | 43 |
| 3. Analyses des propriétés psychométriques | 43 |
| 3.1. Analyse de la consistance interne de la version francophone de l'OASES-S | 43 |
| 3.2. Analyse de la fidélité test-retest de la version francophone de l'OASES-S..... | 45 |
| 3.3. Analyse de la validité concurrente de la version francophone de l'OASES-S | 46 |
| 4. Analyses des hypothèses exploratoires | 47 |

| | |
|---|-----------|
| 4.1. Analyse du lien entre la perception et le vécu du bégaiement par les parents et la qualité de vie de leur enfant | 47 |
| 4.2. Analyse de la sévérité (SSI-4 et échelle de sévérité de Lidcombe) avec la qualité de vie de l'enfant | 48 |
| <i>DISCUSSION</i> | 50 |
| 1. Rappel des objectifs de l'étude, de la méthodologie et des hypothèses | 50 |
| 2. Rappel, interprétation et explication des résultats..... | 51 |
| 2.1. Propriétés psychométriques | 51 |
| 2.2. Hypothèses exploratoires..... | 54 |
| 3. Présentation des implications théoriques/pratiques/cliniques et perspectives de recherche | 57 |
| 4. Limites de l'étude | 57 |
| <i>CONCLUSION</i> | 60 |
| <i>RÉFÉRENCES</i> | 61 |
| <i>RÉSUMÉ</i> | 76 |

INTRODUCTION GÉNÉRALE

« Tout le monde sait que la partie visible d'un iceberg n'est rien en comparaison de sa masse immergée invisible » (Cesbron, 1978). Dans la littérature, Sheehan (1970 cité Bloodstein et al., 2021) a comparé le bégaiement à un iceberg. Sa partie émergée représente les comportements observables du bégaiement tels que les perturbations de la parole, alors que sa partie immergée, bien plus importante, recouvre tout ce qu'une personne qui bégaie peut ressentir tels que l'anxiété, la honte, la frustration, la culpabilité, l'isolement. La qualité de vie en est alors affectée (notamment Bloodstein et al., 2021; Guitar, 2014; Klompas & Ross, 2004; Messenger et al., 2015; Yaruss, 2010; Yaruss et al., 2012; Yaruss & Quesal, 2004).

À l'image de la métaphore de Sheehan (1970 cité Bloodstein et al., 2021), ce mémoire explore la partie immergée du bégaiement au travers de ses conséquences sur le bien-être et la qualité de vie.

Un intérêt est donc accordé à l'évaluation de la qualité de vie afin de prendre en compte tous les aspects qui constituent le bégaiement. De nombreuses échelles mesurant la qualité de vie existent déjà, elles peuvent être générales ou spécifiques à une pathologie comme l'Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering qui évalue précisément la qualité de vie chez les adultes, les adolescents et les enfants qui bégaient. Cette échelle est déjà validée dans de nombreuses langues permettant alors son utilisation à l'internationale. Sa validation francophone, en cours de processus, permettrait d'obtenir un meilleur diagnostic et une prise en charge individualisée. Pauline Gantier a déjà débuté la validation de la version pour les enfants en 2018.

Dès lors, ce mémoire poursuit la validation francophone de l'Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering of School-age children chez les enfants âgés de 7 à 12 ans qui bégaient.

INTRODUCTION THÉORIQUE

1. Le bégaiement

1.1. Définitions

Le DSM-5 répertorie le bégaiement, appelé plus précisément le trouble de la fluidité verbale apparaissant durant l'enfance, dans la catégorie des troubles de la communication. Il le définit comme « une perturbation de la fluidité normale et du rythme de la parole ne correspondant pas à l'âge du sujet » (Crocq et al., 2016, p. 51). Selon l'American Speech-Language-Hearing Association ([ASHA], 2021a) le bégaiement est « une interruption du flux de parole caractérisée par des types de disfluences spécifiques ».

D'autres auteurs ont défini le bégaiement comme étant un trouble de la fluence ou une disfluence affectant de manière importante l'intelligibilité du langage (Piérart, 2018). Cette définition représente la caractéristique la plus visible du bégaiement. Cependant, il est constitué de caractéristiques moins observables de natures linguistique, comportementale et émotionnelle dont l'état de tension ou d'irritation est source d'inconfort ou de souffrance pour la personne qui bégaie (Piérart, 2018).

Les principales disfluences typiques du bégaiement sont des répétitions, des prolongations et des blocages (Crocq et al., 2016; Guitar, 2014). Ces comportements sont involontaires et ne sont pas contrôlés par la personne qui bégaie, contrairement aux comportements secondaires acquis en réaction aux disfluences typiques du bégaiement (Piérart, 2018). De plus, la vitesse et le rythme de la parole peuvent être affectés par ces disfluences. Nous verrons par la suite que des réactions négatives à la parole, des comportements d'évitement et des tensions physiques peuvent s'y ajouter (Guitar, 2014).

En synthèse, le diagnostic du bégaiement s'appuie sur « la triade symptomatique » suivante (Guitar, 2014; Piérart, 2018, p. 22) :

- « Répétitions involontaires de sons et d'unités linguistiques de tailles variées (syllabes, mots unisyllabiques) ;
- Allongements/ prolongations de certaines unités brèves de la parole (par exemple des sons) ;
- Blocages du flux d'air ou de la voix dans la parole ».

Cependant, les disfluences typiques du bégaiement sont à distinguer des disfluences habituelles de la parole des tout-venant (Onslow, 2018). Il s'agit des interjections, des pauses, des répétitions normales de mots ou de syntagmes et des révisions qui rythment la parole. Par exemple : « Je pense que, euh, peut-être, je reviendrai vers vous » (Onslow, 2018, p. 3). Lorsque les enfants apprennent à communiquer, leur degré de disfluence varie beaucoup pour acquérir le langage adulte (Guitar, 2014), il est donc nécessaire de mettre en garde les cliniciens lors du diagnostic (Onslow, 2018).

En d'autres termes, les caractéristiques des disfluences normales chez un jeune enfant qui ne bégaiement pas, sont les suivantes (Guitar, 2014, p. 117) :

- « L'enfant ne produit pas plus de 10 disfluences par 100 mots ;
- Généralement, il s'agit de répétitions d'une unité et de deux unités occasionnellement ;
- Les disfluences les plus courantes sont les interjections, les révisions et les répétitions de mots qui diminuent quand l'enfant grandit ».

Ensuite, comme indiqué précédemment, le bégaiement ne se résume pas à la parole. Il est accompagné ou interrompu de comportements secondaires, qui sont des réactions au bégaiement, visibles ou audibles par les interlocuteurs (Bloodstein et al., 2021). Ils ne sont pas considérés comme des conséquences directes par les personnes qui bégaiement lors de leur tentative de parole (S. Tichenor & Yaruss, 2018). Ces comportements qui peuvent être intensifs, sont, par exemple, des syncinésies faciales (froncements des sourcils, grimaces...), des contractions des muscles de la face, des mouvements d'autres parties du corps (comme serrer les poings), au moment où la personne bégaiement (Crocq et al., 2016; Perez & Stoeckle, 2016; Piérart, 2018). Pour les personnes qui bégaiement, le bégaiement est également associé à un sentiment de tension ou de stress (Bloodstein et al., 2021). Ces réactions associées sont d'abord installées consciemment pour masquer la gêne ou pour tenter de neutraliser un moment de bégaiement. Elles sont ensuite intégrées dans le fonctionnement psychique et échappent alors au contrôle volontaire et conscient (Piérart, 2018). L'impact engendré par ces comportements secondaires sera abordé plus précisément par la suite.

De plus, le bégaiement ne se restreint pas à des comportements observables (Piérart, 2018; Yaruss & Quesal, 2004). En effet, comme précisé dans l'introduction, le bégaiement a été comparé à un iceberg où la partie immergée représente le vécu de la personne qui bégaiement (Sheehan, 1970 cité par Bloodstein et al., 2021; Yaruss & Quesal, 2006) incluant, par exemple,

des sentiments de honte, de culpabilité, de déni, de peur et d'anxiété. Les personnes qui bégaiement indiquent que l'anticipation participe à cette peur du bégaiement (Bloodstein et al., 2021). En effet, elles réagissent à leur bégaiement en l'anticipant et en essayant de l'éviter en y mettant fin rapidement (Guitar, 2014). Elles décrivent leur expérience du bégaiement par l'anticipation et la perte de contrôle liée à la spontanéité du discours (Piérart, 2018; S. Tichenor & Yaruss, 2018). Les recherches sur la partie immergée dans le bégaiement n'ont vu le jour que récemment (Franic & Bothe, 2008; Klompas & Ross, 2004; Yaruss & Quesal, 2006). Une des raisons possibles à ces recherches tardives est que déterminer et évaluer les versants immergés de l'expérience d'un sujet est plus difficile que d'apprécier les modifications de la parole (Yaruss & Quesal, 2006).

1.2. Formes de bégaiement

Lors de sa survenue et selon son origine, l'âge et les circonstances d'apparition, trois types de bégaiement sont différenciés : le bégaiement développemental chez l'enfant, le bégaiement développemental persistant et le bégaiement neurologique pouvant survenir à tout âge (Onslow, 2018; Piérart, 2018).

Pour commencer, le *bégaiement développemental* se manifeste généralement entre 2 et 6 ans et, dans un certain nombre de cas, se résorbe dans les deux premières années suivant son apparition (Onslow, 2018). Lors des productions de l'enfant, des répétitions, des pauses, des hésitations et des interjections peuvent être observées. Le nombre d'enfants qui présenteront ce type de bégaiement durant l'enfance est estimé entre 5 et 8 % par les auteurs (Yairi & Ambrose, 2013). Puis, chez 80 % d'entre eux, il s'efface peu à peu au cours des deux années suivantes. Néanmoins, si le bégaiement persiste, il s'installe progressivement dans la vie de l'enfant et ne laisse plus de place à la récupération spontanée ou la récupération grâce à un traitement. Il s'agit alors d'un bégaiement persistant durant l'adolescence et l'âge adulte (Piérart, 2018).

Ensuite, vers 4 ans, une accentuation du *bégaiement développemental persistant* est observée (Onslow, 2018). Des réactions émotionnelles plus ou moins importantes peuvent se complexifier tout au long de l'enfance. Le bégaiement influence le développement global de l'enfant et peut perturber son développement psychosocial (Piérart, 2018). L'enfant présente, par exemple, un isolement social et de l'anxiété. Nous développerons ces aspects plus tard. L'amplitude des troubles varie selon le moment, le lieu et le contexte de communication

(Piérart, 2018). Par conséquent, l'objectif de la prise en charge est de contribuer au contrôle du bégaiement et/ou la gestion de ses effets (Onslow, 2018).

Même si les connaissances quant à la nature, la prévalence et l'incidence du bégaiement se sont améliorées, la question des raisons qui mènent certains enfants à récupérer et d'autres à présenter un bégaiement persistant se pose toujours (Yairi & Ambrose, 2013). Dans leur revue systématique, Sugathan & Maruthy (2021) ont tenté d'identifier les facteurs prédictifs de la persistance ou de la récupération du bégaiement chez l'enfant. Parmi 44 facteurs étudiés, seuls quatre se sont distingués comme étant des facteurs prédictifs de la persistance ou de la récupération du bégaiement. Il s'agit des capacités phonologiques, de la vitesse d'articulation, d'un changement dans les types de disfluences et d'une diminution de la sévérité du bégaiement un an après son apparition (Sugathan & Maruthy, 2021). Selon plusieurs études (dont Ambrose et al., 2015; Ryan, 2001), les capacités phonologiques influencent le développement du bégaiement. Les enfants dont le bégaiement persiste présentent des capacités phonologiques inférieures aux capacités phonologiques des enfants qui récupèrent. Les résultats ont montré que de bonnes capacités phonologiques au moment de l'apparition du bégaiement sont un excellent indicateur d'évolution (Sugathan & Maruthy, 2021). Étant donné que le bégaiement débute généralement chez les enfants âgés entre 2 et 5 ans, cet âge est propice au développement du langage (Bloodstein et al., 2021). Un impact est donc identifié sur le développement des apprentissages langagiers chez les enfants (Bloodstein et al., 2021; Guitar & Conture, 2013). Concernant la vitesse de l'articulation, les enfants dont le bégaiement a tendance à persister parlent avec un rythme articulatoire plus rapide au début du bégaiement que les enfants qui récupèrent (Kloth et al., 1999; Ryan, 2001). En effet, un rythme plus lent, un an après l'apparition du bégaiement, a été observé chez les enfants qui récupèrent (Ryan, 2001). Lorsque le bégaiement apparaît, le facteur de la sévérité n'est pas un bon prédictif. En effet, le nombre de disfluences typiques du bégaiement est semblable, que le bégaiement persiste ou non (Ambrose et al., 2015). Par contre, un an après l'apparition du bégaiement, une diminution importante des disfluences et de la sévérité du bégaiement est présente chez les enfants qui sont susceptibles de récupérer, comparés aux enfants dont le bégaiement persiste (Ambrose et al., 2015; Yairi & Ambrose, 1999). Chez les enfants qui vont récupérer, un changement du type de disfluence est observé avec une réduction du nombre de répétitions au sein d'une même unité et des répétitions de mots monosyllabiques par rapport aux enfants dont le bégaiement persiste (notamment Yairi & Ambrose, 1999). Néanmoins, les auteurs (Sugathan & Maruthy, 2021) ont

indiqué qu'il fallait être prudent quant à ces résultats et que d'autres analyses étaient nécessaires avant de pouvoir utiliser ces données dans la pratique.

Le dernier type de bégaiement est le *bégaiement neurologique acquis* qui peut apparaître à tout âge et résulte d'une atteinte cérébrale suite à un traumatisme crânien, à des lésions cérébrales ou à des causes émotionnelles par exemple (Piérart, 2018; Theys et al., 2011; Van Hout & Estienne, 1996; Yairi & Ambrose, 2013).

1.3. Étiologies du bégaiement

La cause d'apparition du bégaiement est peu connue. Selon plusieurs auteurs, elle consiste en une combinaison de plusieurs facteurs (Guitar, 2014; Guitar & Conture, 2013; Packman, 2013). En effet, la cause du bégaiement ne peut être déterminée par un facteur unique. Les facteurs génétique, héréditaire et environnemental peuvent être identifiés. Des études réalisées sur des familles, des jumeaux et des enfants adoptés ont permis de confirmer ces différents facteurs (Bloodstein et al., 2021; Guitar, 2014). Le facteur neuronal peut également être identifié. Des différences neuronales ont effectivement été observées chez les personnes qui bégaiement par rapport aux personnes qui ne bégaiement pas. Un déficit du traitement neuronal sous-tendant le langage oral est présent chez les personnes qui bégaiement, un nombre important de données en neuroimagerie évoquent ce déficit (Chang et al., 2008, 2011; Etchell et al., 2018; Packman, 2013; Watkins et al., 2007). Cependant, Packman (2013) a précisé que cette différence au niveau du traitement neuronal n'est pas suffisante pour expliquer à elle seule la présence de moments de bégaiement.

1.4. Épidémiologie

Le pourcentage d'apparition du bégaiement est de 60 % entre 2 et 3 ans et de 95 % avant 4 ans (Yairi & Ambrose, 2013). La récupération spontanée chez les enfants qui bégaiement varie selon les auteurs, 75 % selon Yairi et Ambrose (2013), 80 % selon Piérart (2018) et 90 % selon Perez et Stoeckle (2016). Lorsque le bégaiement perdure à l'âge adulte, il est présent chez moins de 1 % de la population adulte (Yairi & Ambrose, 2013).

À propos de la prévalence, les garçons et les hommes sont plus touchés par le bégaiement persistant que les filles et les femmes (Guitar & Conture, 2013; Onslow, 2018), le ratio est de

trois garçons pour une fille (Bloodstein et al., 2021). Les filles sont donc plus susceptibles de récupérer naturellement (Guitar & Conture, 2013; Onslow, 2018; Yairi & Ambrose, 2013).

2. Qualité de vie et bégaiement

La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé est couramment utilisée pour décrire la qualité de vie.

[Il s'agit de] la perception qu'ont les individus de leur position dans la vie, dans la culture et le système de valeurs dans lesquels ils vivent, par rapport à leurs objectifs, leurs attentes, leurs normes et leurs inquiétudes. Il s'agit d'un concept très large qui dépend de manière complexe de la santé physique, de l'état psychologique, du niveau d'indépendance, des relations sociales et des relations avec les éléments essentiels de l'environnement (WHOQOL Group, 1993, p. 153).

D'autres auteurs (Brousse & Boisaubert, 2007, p. 459) ont défini la qualité de vie de plusieurs manières : « ce qui permet de quantifier les répercussions de la maladie sur la vie » ; « l'ensemble des satisfactions et des insatisfactions éprouvées par un sujet à propos de sa vie » ; « ce qui reflète l'impact des maladies, des traitements et des décisions de santé sur la vie quotidienne en essayant d'approcher le point de vue du patient ».

En d'autres termes, la qualité de vie est un concept complexe et multidimensionnel qui mesure le bien-être d'une personne sur plusieurs aspects : l'aspect physique, l'aspect social, l'aspect psychologique et l'aspect professionnel (Brousse & Boisaubert, 2007; Craig et al., 2009; Franic & Bothe, 2008; Yaruss, 2010).

2.1. Qualité de vie chez l'adulte qui bégaie

Chez l'adulte, le bégaiement entraîne des attitudes négatives du point de vue affectif, comportemental et cognitif tant pour la personne qui bégaie que pour son environnement (Beilby, 2014; Yaruss & Quesal, 2004). En outre, il entraîne une limitation considérable de la capacité à participer aux activités quotidiennes et impacte négativement la qualité de vie globale de la personne (Yaruss, 2010; Yaruss et al., 2012; Yaruss & Quesal, 2004). En effet, le bégaiement peut bouleverser de nombreux aspects de la vie d'une personne. Face au bégaiement, diverses réactions négatives sont ressenties. La personne qui bégaie éprouve des difficultés communicationnelles dans des situations essentielles, le plaisir diminue et la capacité à accéder à ses objectifs est réduite (Yaruss, 2010). O'Keefe (1996, cité par Klompas & Ross,

2004 et Cummin, 2010) a ajouté que cet impact négatif peut provenir de la source de frustration qu'engendre le bégaiement. A l'âge adulte, le fonctionnement quotidien est imprégné par la peur et le désir d'évitement du bégaiement. Les situations de vie impliquant le travail, les amis et les loisirs sont limitées laissant place aux situations exigeant peu de parole (Guitar, 2014). Par ailleurs, une des raisons pour laquelle le bégaiement limite la participation aux activités est que la personne qui bégaie prête plus attention à la manière de s'exprimer qu'à la pensée qu'elle souhaite transmettre (Guitar, 2014). Le plaisir est donc abrégé. Dès lors, le bégaiement est enclin à influencer profondément la personne pendant toutes les périodes de la vie (Klompas & Ross, 2004).

Afin de mieux comprendre le ressenti des personnes qui bégaient, Klompas & Ross (2004) ont réalisé une étude dont l'objectif a été de décrire les expériences vécues par des personnes qui bégaient, la signification accordée à leur bégaiement, son impact sur la qualité de vie et dans différents domaines de la vie (éducation, emploi, vie sociale, logopédie, aspects familiaux et conjugaux, identité et croyances, émotion). Pour mettre en place cette expérimentation, ils ont mené des entretiens auprès de 16 adultes sud-africains âgés entre 20 et 59 ans qui bégaient et leur ont posé des questions ouvertes et fermées concernant les différents domaines de la vie (Klompas & Ross, 2004). À propos de l'éducation, la majorité des participants a témoigné que leur bégaiement a eu un impact sur les résultats scolaires, sur les relations avec les enseignants et les camarades. Du point de vue social, la plupart ont indiqué ne pas avoir de difficulté à créer des amitiés à cause de leur bégaiement. Ils ont cependant perçu des réactions négatives de la part d'autrui. Concernant l'emploi, la plupart ont estimé avoir une diminution dans leur chance d'être promu (Klompas & Ross, 2004). Néanmoins, beaucoup d'entre eux ont jugé que leur bégaiement n'avait pas d'impact sur le choix de leur profession ou leur capacité d'obtenir un emploi. Ensuite, du point de vue des relations familiales et conjugales, le bégaiement ne semble pas avoir influencé les participants. Selon l'aspect de l'identité, des croyances et des émotions, le bégaiement a eu un impact sur l'estime de soi, sur l'image et sur l'identité personnelle selon les participants interrogés (Klompas & Ross, 2004). De plus, le bégaiement provoque de fortes émotions telles que la frustration et la colère. Enfin, la majorité des participants a indiqué un effet positif de la logopédie sur leur qualité de vie. Cela leur a permis de reprendre confiance en eux et de développer des stratégies pour affronter le bégaiement (Klompas & Ross, 2004). Malheureusement, la rechute après un traitement peut être une autre source de difficultés et d'anxiété pour les adultes (Craig, 1998; Hancock & Craig, 1998) et fait l'objet de stéréotypes (Craig et al., 2003; MacKinnon et al., 2007).

En effet, lors d'un traitement, la présence ou l'absence de disfluences typiques du bégaiement définissent si un rétablissement ou une rechute est observé. Pourtant, de nombreuses preuves existent concernant l'implication autre que la production de disfluences dans l'expérience du bégaiement. Tichenor & Yaruss (2020) ont tenté d'identifier la valeur de la récupération et de la rechute. Une étude portant sur 228 Américains répertorie les cas de rétablissement ou de rechute selon leur propre expérience de bégaiement. D'une part, le rétablissement a été défini par les adultes qui bégaient comme étant une augmentation positive des versants affectifs, comportementaux et cognitifs, une augmentation des expériences positives comme l'acceptation et une diminution des versants négatifs comme l'anxiété. De plus, une augmentation de la fluidité a été relevée par les participants comme étant un signe de rétablissement (S. E. Tichenor & Yaruss, 2020). D'autre part, la rechute a été définie par les adultes comme étant « un retour aux versants plus négatifs du bégaiement » (S. E. Tichenor & Yaruss, 2020, p. 10). La rechute représente pour les adultes une augmentation de la fréquence des comportements de bégaiement (disfluences), des réactions cognitives, émotionnelles et affectives plus négatives et une augmentation des limites dans la vie quotidienne. Le rétablissement et la rechute n'impliquent donc pas exclusivement une récupération ou une réapparition du bégaiement (S. E. Tichenor & Yaruss, 2020). Dès lors, les disfluences peuvent s'améliorer ou pas, indépendamment de l'impact négatif plus général lié au bégaiement. Par conséquent, une importance doit y être accordée en plus des comportements observables lors de l'évaluation d'un rétablissement ou d'une rechute (S. E. Tichenor & Yaruss, 2020).

En 2009, une étude portant sur l'impact du bégaiement sur la qualité de vie des adultes a été réalisée par Craig et ses collaborateurs en Australie. Leur objectif était de savoir si le bégaiement avait un impact négatif significatif sur la qualité de vie dans ses aspects sociaux et psychologiques. Deux groupes ont été constitués pour étudier cet objectif. Un premier groupe de 200 hommes et femmes âgés de 18 à 85 ans qui bégaient et un second groupe de 200 hommes et femmes qui ne bégaient pas (groupe contrôle). Différentes mesures ont été réalisées telles que les évaluations comportementale et démographique mais également des mesures psychologiques. La procédure était la suivante : un entretien avec une discussion de quelques minutes pour évaluer la sévérité du bégaiement suivie de l'administration de deux questions afin d'évaluer l'impact du bégaiement sur la qualité de vie et d'une discussion structurée concernant l'influence du bégaiement sur la vie du participant. Les auteurs (Craig et al., 2009) ont proposé deux auto-évaluations : le Study Short-Form 36-Item Health Survey ([SF-36],

Ware et al., 1993) et le Lifestyle Appraisal Questionnaire ([LAQ], Craig et al., 1996), qui mesurent les risques encourus pour la santé comme la consommation d'alcool ou la prise de médicaments. Le SF-36 est une mesure générale de la qualité de vie qui évalue huit domaines comme le fonctionnement physique, la douleur ou le fonctionnement social (Craig et al., 2009). Le groupe contrôle a suivi la même procédure à l'exception de l'échantillon de paroles et de la discussion concernant les influences du bégaiement. Les résultats ont montré un impact social et psychologique de la qualité de vie. En effet, lorsqu'une personne qui bégaie est en interaction, son bégaiement peut engendrer de la frustration et de l'embarras (Craig et al., 2009). Ce bégaiement est anticipé dans de nombreux contextes sociaux et l'anxiété générée par l'anticipation modifie le comportement (Bloodstein et al., 2021; Craig et al., 2009). De plus, les résultats ont montré une instabilité émotionnelle et de santé mentale, ce qui rejoint la littérature concernant le risque important d'anxiété chez les personnes qui bégaient (Blumgart et al., 2010). Craig et al. (2009) ont par conséquent reconnu l'effet négatif du bégaiement sur le fonctionnement social de ceux qui en souffrent.

Dès lors, des signes d'anxiété sont souvent ressentis par les personnes qui bégaient (Blumgart et al., 2010; Piérart, 2018; Pietraszek et al., 2017; Smith et al., 2014). Ils sont associés aux manifestations de leur bégaiement, à la peur de leur apparition et à l'anticipation de la perte de contrôle sur leur parole (S. Tichenor & Yaruss, 2018). Cette anxiété, étudiée par de nombreux auteurs, se divise en deux types : l'anxiété sociale et l'anxiété de trait, selon Blumgart et ses collaborateurs (2010). L'anxiété de trait concerne l'anxiété présente dans plusieurs domaines de la vie et l'anxiété sociale représente l'anxiété en contexte social (Craig & Tran, 2014). Les auteurs (Blumgart et al., 2010) ont émis l'hypothèse que les personnes qui bégaient présentent un haut degré d'anxiété sociale par rapport aux témoins qui ne bégaient pas. Les participants recrutés en Australie étaient divisés en deux groupes, un premier groupe constitué de 200 personnes qui bégaient et un deuxième groupe composé de 200 personnes qui ne bégaient pas. La méthodologie de cette étude était composée de mesures de sévérité du bégaiement, de l'état de santé, des mesures d'auto-évaluation de l'anxiété sociale et une interview structurée. Avec les résultats obtenus, les auteurs ont pu confirmer leur hypothèse de départ. En effet, les résultats ont montré une influence importante du bégaiement sur l'anxiété sociale et l'anxiété de trait ainsi qu'une prévalence plus élevée par rapport aux témoins qui ne bégaient pas (Blumgart et al., 2010). En 2017, Pietraszek et al. ont également étudié l'anxiété chez des adultes polonais qui bégaient. Pour vérifier l'hypothèse d'une anxiété supérieure chez les personnes qui bégaient, 19 adultes souffrant de bégaiement et 21 adultes qui ne bégaient pas ont été recrutés.

Les auteurs ont posé une série de questions ouvertes et ont administré deux échelles : The State-Trait Anxiety Inventory ([STAI], Spielberger & al., 1983) et Coping Inventory for Stressful Situations ([CISS], Endler & Parker, 1990). Le STAI évalue l'anxiété de trait et l'anxiété d'état. Les participants ont dû indiquer un score sur une échelle de quatre points allant de « absolument pas » à « tout à fait ». Des scores élevés signifient une anxiété importante. Le CISS mesure, quant à lui, trois styles d'adaptation selon des situations de stress : la tâche, les émotions et l'évitement (Pietraszek et al., 2017). Un score sur une échelle de cinq points est attribué par les participants pour évaluer la fréquence du comportement dans une situation de stress. Les résultats de cette étude rejoignent les résultats des autres études réalisées : les personnes qui bégaiement présentent une anxiété importante et cela influence leur quotidien. L'inconfort social et l'anxiété liée à la parole conduisent l'adulte à développer des stratégies pour gérer et répondre au risque émotionnel généré par l'anxiété liée au bégaiement (Pietraszek et al., 2017).

Outre les preuves multiples concernant l'anxiété impactant la qualité de vie ressentie par les personnes qui bégaiement, Craig et al. (2009) ont supposé que « l'impact négatif du bégaiement sur la qualité de vie est dû en partie au fait qu'il devient une affection chronique découlant d'un trouble de l'enfance car la plupart commencent à bégayer lorsqu'ils sont jeunes » (Craig et al., 2009, p. 69). Cummins (2010) a rédigé un article concernant le bien-être subjectif et la qualité de vie liée à la santé dans les troubles de la fluidité et a indiqué qu'effectivement, le lien entre le bégaiement et le bien-être débute probablement dès l'enfance.

Par conséquent, Smith et al. (2014) se sont questionnés sur le moment d'apparition de cette anxiété car il n'existe encore aucune indication claire et cette notion reste assez floue. Ils ont par conséquent rédigé une revue de littérature reprenant les différents facteurs de risque de l'anxiété chez les enfants et les adolescents qui bégaiement ainsi que l'évaluation des différentes recherches. Les auteurs (Smith et al., 2014) avaient pour objectif d'estimer la probabilité que les enfants et les adolescents qui bégaiement présentent une anxiété accentuée par rapport à leurs pairs et dans ce cas, cibler le moment où l'anxiété se développe dans le bégaiement. Pour commencer, les facteurs de risque du développement de l'anxiété en relation avec le bégaiement, relevés par Smith et al. (2014), concernent les influences familiales, le tempérament, les facteurs cognitifs et les facteurs environnementaux. Treize études ont été répertoriées, dont douze se rapportaient aux enfants et aux adolescents âgés de 6 à 18 ans et une visant les enfants préscolaires, âgés de 2 à 5 ans. Ces différentes études ont utilisé diverses échelles pour mesurer l'anxiété dont the STAI et the State Trait Anxiety Inventory for Children

([STAI-C], Spielberger, 2010) explicités précédemment, the Personal Report of Communication Apprehension ([PRCA], McCroskey & Beatty, 1984) ou encore Revised Children's Manifest Anxiety Scale ([RCMAS], Reynolds & Richmond, 2002). L'échelle PRCA permet de mesurer l'anxiété associée à la communication selon quatre sous-échelles (groupes de discussion, réunions, conversations interpersonnelles, discours en public). L'échelle RCMAS est composée de 37 questions dont 28 sont réparties en trois sous-échelles (anxiété physiologique, inquiétude/hypersensibilité, peur/concentration) mesurant les caractéristiques persistantes de l'anxiété de trait. Les neuf dernières questions constituent une sous-échelle du mensonge permettant d'identifier les réponses aberrantes ou les préjugés relatifs à l'attrait social (Smith et al., 2014). Après avoir parcouru les divers facteurs de risque, cette revue a mis en avant le fait que les enfants qui bégaiant ne semblent pas présenter de risque accru d'anxiété dû à une prédisposition génétique ou au tempérament par rapport aux enfants sans bégaiement (Smith et al., 2014). Cependant, les enfants et adolescents sont susceptibles d'être exposés à l'anxiété par les conséquences sociales négatives qu'ils endurent et les attitudes négatives face à la communication. Néanmoins, le moment d'apparition de l'anxiété chez les enfants et les adolescents qui bégaiant ne semble pas clair malgré l'analyse complète de la recherche (Smith et al., 2014). Des limitations méthodologiques dues à des échantillons réduits et un manque de sensibilité pour certaines mesures de l'anxiété peuvent expliquer cela. En outre, Smith et al. (2014) ont émis la possibilité d'une corrélation entre le risque d'anxiété et l'avancée en âge des enfants qui bégaiant. Plusieurs études ont mentionné une relation positive entre l'anxiété et le bégaiement chez les enfants plus âgés et les adolescents par rapport aux enfants plus jeunes. En effet, celles-ci ont toutes rapporté des résultats significatifs par rapport à l'anxiété dans le bégaiement alors que l'étude concernant les enfants d'âge préscolaire n'a rien démontré (Smith et al., 2014). De plus, dans leur étude réalisée en Australie, Iverach et al. (2016) se sont questionnés sur la présence d'anxiété chez les enfants âgés de 7 à 12 ans qui bégaiant. Les auteurs ont conclu que le bégaiement est associé à un taux plus élevé d'anxiété chez les enfants par rapport aux enfants témoins qui ne bégaiant pas (Iverach et al., 2016).

Après cette revue, l'étude de Messenger et al. (2015) a tenté à son tour de préciser l'âge d'apparition de cette anxiété présente chez de nombreuses personnes qui bégaiant. L'objectif était donc de déterminer l'existence d'anxiété pendant les premières années scolaires jusqu'à l'adolescence. Les participants australiens qui bégaiant étaient 73, âgés de 6 à 18 ans, divisés en sous-groupes selon l'âge et le sexe. Les jeunes enfants et les adolescents ont rempli le questionnaire RCMAS, explicité précédemment. Ils ont ensuite été invités à évaluer leur

bégaiement sur une échelle d'auto-évaluation de 0 (aucun bégaiement) à 9 (bégaiement extrêmement sévère) concernant la situation de discussion avec des amis. Les participants se sont auto-évalués entre 3 et 8, suggérant un éventail de sévérité assez vaste. Les résultats obtenus au questionnaire RCMAS pour les trois premières sous-échelles se trouvaient dans la limite de la norme, excepté pour deux groupes de garçons où les résultats à la sous-échelle du mensonge étaient significativement plus élevés. Les auteurs (Messenger et al., 2015) ont interprété ce résultat différent comme une dissimulation du véritable niveau d'anxiété concernant le bégaiement.

Toutes ces études rapportent la même conclusion : le bégaiement impacte négativement la qualité de vie chez l'adulte et l'adolescent. Néanmoins, l'étendue de cet impact demeure imprécise (Koedoot et al., 2011). En effet, peu d'éléments concernant les processus sous-jacents déclenchant la réduction de la qualité de vie sont connus.

Aux Pays-Bas, Koedoot et al. (2011) ont étudié les relations entre la sévérité du bégaiement, l'adaptation à une situation de stress, le fonctionnement général et la qualité de vie dans deux groupes d'adultes : un premier groupe où les membres ont suivi une thérapie et un second groupe où une thérapie n'était pas suivie. Les participants ont dû compléter plusieurs questionnaires d'auto-évaluations. Pour évaluer les symptômes du bégaiement, les questionnaires the Self-assessment Scale of Speech ([SA Scale], Huinck & Rietveld, 2007) et the Overall Assessment of The Speaker's Experience of Stuttering for Adults ([OASES-A], Yaruss & Quesal, 2006) ont été administrés. Le SA Scale est une échelle d'auto-évaluation de la parole, les participants ont évalué leur parole sur une échelle allant de 1 (très mauvais) à 10 (très bon). L'échelle OASES-A est une mesure principale de la qualité de vie dans la littérature internationale. Elle sera plus amplement détaillée dans la suite de cette introduction théorique. En plus de ces deux questionnaires, les participants ont également évalué leur parole sur une échelle de satisfaction comprenant cinq catégories allant de « pas du tout satisfait » à « très satisfait ». Pour étudier le fonctionnement et la qualité de vie, les participants ont complété Health Utility Index 3 ([HUI3], Feeny et al., 2002), EuroQoL EQ-5D et EQ-VAS (EuroQoL Group, 2009). Les questionnaires HUI3 et EQ-5D permettent d'obtenir un profil de l'état de santé et de la qualité de vie liée à la santé en décrivant le fonctionnement d'une personne dans la société au niveau du domaine physique, mental et social (Koedoot et al., 2011). Plus précisément, le questionnaire EQ-5D inclut cinq domaines (la mobilité, les soins personnels, les activités quotidiennes, la douleur/l'inconfort, l'anxiété/ la dépression) et le questionnaire

HUI3 en comprend huit (la vision, l'audition, la parole, la mobilité, la dextérité, les émotions, la cognition et la douleur). Chaque domaine comprend cinq à six niveaux de réponses allant de « très altéré » à « normal » (Feeny et al., 2002). L'échelle EQ-VAS permet quant à elle d'évaluer l'état actuel de santé d'un participant. Une note allant de 0 (pire santé imaginable) à 100 (meilleure santé imaginable) est déterminée par le participant. Les résultats obtenus à ces diverses échelles d'auto-évaluations ont démontré que la qualité de vie est diminuée de manière importante dans le bégaiement modéré à sévère (Koedoot et al., 2011). De plus, une relation significative entre la sévérité du bégaiement, estimée par les participants et la qualité de vie a été confirmée. Plus précisément, plus la sévérité du bégaiement indiquée par les participants est élevée, plus elle est associée à des limitations dans les domaines de la parole et des émotions (Koedoot et al., 2011). Cependant, ces constatations proviennent d'études réalisées à l'aide d'échelles d'auto-évaluations, ce lien n'est peut-être pas retrouvé lorsqu'il s'agit d'études basées sur des échelles d'hétéro-évaluations. Ces résultats sont donc à interpréter avec précaution.

Néanmoins, certains facteurs diminuent l'impact négatif du bégaiement sur la qualité de vie (Bloodstein et al., 2021). En effet, une estime de soi positive, une augmentation de l'auto-efficacité ou encore un soutien familial permettent d'améliorer la qualité de vie des personnes qui bégaiement et ce, indépendamment de la sévérité du bégaiement (Boyle, 2015). La prise en charge de la personne qui bégaiement permettra d'augmenter tous ces aspects importants pour la qualité de vie de la personne.

2.2. Qualité de vie chez l'adolescent qui bégaiement

L'adolescence est caractérisée par la complexité et la rapidité du développement émotionnel, physique, social et cognitif (Spear, 2000). De plus, l'estime de soi et le bien-être sont associés au soutien des pairs avec une confiance en soi grandissante et une volonté de se conformer aux normes sociales et à un groupe (Iverach et al., 2017). L'estime de soi prédit la santé physique et mentale chez les adolescents et une baisse de l'estime de soi peut s'apparier à des expériences négatives avec les pairs (Mann, 2004; O'Moore & Kirkham, 2001). Une baisse d'estime de soi et des expériences négatives avec les pairs ont été observées chez les adolescents qui bégaiement (Iverach et al., 2017; Wadman et al., 2008). Un taux élevé d'anxiété est également identifié chez les adolescents qui bégaiement (Iverach et al., 2017). Le jeune adulte anticipe son bégaiement, développe une anxiété lorsqu'il prend la parole et essaie d'y échapper ou de l'éviter (Guitar, 2014). L'adolescent qui bégaiement vit de nombreuses expériences négatives dont

l'isolement, le rejet et l'intimidation. Une association entre le bégaiement à l'adolescence et un impact négatif sur la qualité de vie, l'estime de soi et les relations par exemple, a été relevée dans plusieurs études (Blood et al., 2011; Blood & Blood, 2004; Erickson & Block, 2013; Van Borsel et al., 2011).

Van Riper (1971, cité par Cummin, 2010) a relevé, chez l'adolescent qui bégaié, qu'une des difficultés est de tisser des liens d'amitié surtout avec le sexe opposé. En effet, en 2011, Van Borsel et ses collaborateurs ont confirmé cette difficulté par une étude réalisée en France, explorant l'impact négatif possible du bégaiement sur les occasions sentimentales des adolescents et des jeunes adultes. Leur expérimentation s'est divisée en deux parties : la première partie étudiait l'attraction des jeunes qui bégaièrent pour leurs pairs sur base de photos et de descriptions et la seconde partie s'intéressait à l'engagement dans une relation amoureuse avec une personne qui bégaié à partir de diverses questions. Les résultats de cette étude ont montré un manque d'attraction envers les adolescents et les jeunes adultes qui bégaièrent, relevé par les pairs qui ne bégaièrent pas (Van Borsel et al., 2011). Ces derniers sont donc moins enclins à s'engager dans une relation. En outre, les adolescents qui bégaièrent sont victimes d'intimidation et présentent une faible estime d'eux ainsi qu'un manque de confiance en eux. Des difficultés d'intégration sociale en découlent et la qualité de vie est impactée (Blood & Blood, 2004; Messenger et al., 2015).

Par ailleurs, la relation entre la sévérité du bégaiement, le fonctionnement psychologique et l'impact du bégaiement a été étudiée en 2017 par Iverach et ses collaborateurs. Leur étude s'est réalisée chez 102 adolescents australiens âgés de 11 à 17 ans qui bégaièrent (86 garçons et 16 filles). Dans cette étude, des mesures sur la parole et des mesures sur l'aspect psychologique ont été récoltées à l'aide de différentes échelles comme l'OASES et le RCMAS. Les résultats ont montré que plusieurs variables psychologiques et de parole ont une influence sur l'impact global du bégaiement chez l'adolescent (Iverach et al., 2017). Plusieurs éléments présagent l'anxiété importante, la sévérité du bégaiement et l'insatisfaction de parole. De plus, les auteurs (Iverach et al., 2017) ont remarqué que l'importance de la sévérité du bégaiement prédit une plus forte anxiété ; cela rejoint les résultats plus contrastés obtenus dans d'autres études (par exemple Smith et al., 2014). Cependant, cette constatation n'est pas retrouvée chez Craig et Hancock (1996, cités par Iverach et al., 2017). D'autres études expliqueraient cette absence de résultat par le fait que les adolescents fournissent des réponses socialement souhaitables, car ils ne veulent pas faire part de leurs expériences personnelles, rendant les résultats moins fondés

(Gunn et al., 2014; Messenger et al., 2015). Cet élément a également été relevé à l'aide de l'échelle RCMAS qui contient une sous-échelle détectant le mensonge (Messenger et al., 2015; Smith et al., 2014). Enfin, la plupart de ces études ont conclu sur l'importance de poursuivre les recherches dans ce domaine suite à la divergence des résultats obtenus.

2.3. Qualité de vie chez l'enfant qui bégaie

a) Enfants d'âge scolaire

D'après Yaruss (2010), l'impact du bégaiement sur la qualité de vie des enfants d'âge scolaire est de plus en plus reconnu. Cependant, peu d'études existent encore à ce jour (Bloodstein et al., 2021). Chun et al. (2010) ont souhaité étudier au Brésil, la manière dont la qualité de vie est affectée par le bégaiement chez les enfants. Pour cela, les auteurs ont recruté sept participants d'âge scolaire. Ils ont administré aux enfants l'Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering for School-age children ([OASES-S], Yaruss & Quesal, 2010 cités par Beilby, 2014), décrite plus précisément dans le courant de cette introduction théorique, et ont évalué la sévérité du bégaiement via le Fluency Profile Protocol qui permet d'analyser les échantillons de paroles. Les résultats de cette étude ont montré un impact négatif du bégaiement sur la qualité de vie chez les enfants qui bégaient ainsi qu'une corrélation positive entre la sévérité et l'impact du bégaiement sur la qualité de vie (Chun et al., 2010). Ces conclusions sont à prendre avec précaution étant donné la taille réduite de l'échantillon. Beilby (2014) a indiqué dans ces précédentes recherches qu'une relation significative existe entre la fréquence du bégaiement et la conscience de celui-ci par l'enfant ainsi que leurs connaissances du bégaiement, évaluée par la section I de l'OASES-S. Beilby (2014) a également ajouté qu'aucune corrélation significative n'est retrouvée entre la fréquence du bégaiement et les autres sections de l'OASES chez les enfants plus âgés. En d'autres termes, l'impact négatif du bégaiement n'est pas caractérisé par l'augmentation du bégaiement chez les enfants plus grands. Contrairement aux résultats obtenus par Chun et al. (2010), les enfants qui présentent un bégaiement léger peuvent tout autant en souffrir qu'un enfant qui bégaie plus sévèrement (Beilby, 2014).

Pour comprendre la nature de l'impact du bégaiement, Eggers et al. (2021) se sont demandés si un lien existait entre le tempérament et l'impact du bégaiement chez les enfants âgés de 8 à 14 ans. L'objectif de cette expérimentation était l'étude de la possibilité d'une correspondance entre le tempérament rapporté par l'enfant et la mère ainsi que la sévérité du bégaiement et son impact rapportés par les enfants qui bégaient (Eggers et al., 2021). Les participants étaient 123 enfants londoniens qui bégaient accompagnés de leur mère. Pour évaluer le tempérament, le

questionnaire Early Adolescent Temperament Questionnaire-Revised a été proposé (Ellis & Rothbart, 2001). L'OASES a été administré pour évaluer l'impact du bégaiement sur la qualité de vie. Une corrélation modérée entre le tempérament des enfants et le celui-ci évalué par les mères a été retrouvée. Cependant, entre le tempérament et la sévérité du bégaiement, aucune corrélation significative n'a été démontrée. Par contre, le tempérament est corrélé à l'impact du bégaiement dans la vie quotidienne (Eggers et al., 2021). D'une part, cette étude a conclu qu'un impact plus faible du bégaiement est perçu chez les enfants plus extravertis et moins peureux. D'autre part, les enfants avec une irritabilité et une frustration plus élevées souffrent d'un impact non négligeable de leur bégaiement (Eggers et al., 2021). Suite à ces résultats, les auteurs ont insisté sur l'importance d'évaluer le tempérament des enfants dans les recherches à venir.

Lorsqu'ils grandissent, les enfants sont confrontés à de nombreux défis et à de nombreuses situations qui attirent leur attention sur leur bégaiement (Choi et al., 2016). Le bégaiement s'installe, persiste et les réactions qui en découlent peuvent constituer un facteur important de la sévérité du bégaiement (Guitar, 2014). Au fur et à mesure de son installation, l'enfant peut ressentir de la frustration ou de la honte parce qu'il ne peut pas exprimer aussi rapidement et facilement ce qu'il souhaite. Ces sentiments influencent la parole en la rendant plus difficile car ils augmentent l'effort et la tension qui empêchent une parole fluide (Guitar, 2014; Perez & Stoeckle, 2016). Les enfants qui bégaiement se considèrent d'ailleurs comme des mauvais interlocuteurs (Yovetich et al., 2000). Lorsque le bégaiement est sévère, les enfants évitent de parler, présentent des signes de tension physique importante et tentent de dissimuler leur bégaiement (Guitar & Conture, 2013). Des stratégies sont donc mises en place pour parvenir à produire les mots souhaités (Guitar, 2014). D'après plusieurs auteurs (Bothe & Richardson, 2011; Towers et al., 2000), la façon dont le bégaiement touche les enfants influence leurs réactions.

En outre, les réactions des enfants à leur bégaiement peuvent être influencées par la perception des parents du bégaiement de leur enfant (Rocha, Yaruss, et al., 2020). Les auteurs ont réalisé une étude au Portugal dont l'objectif était d'étudier le lien entre les perceptions des parents de l'impact du bégaiement et les perceptions des enfants. Pour ce faire, 50 enfants qui bégaiement âgés de 7 à 12 ans, ont participé à cette étude avec leurs parents. Pour les enfants, the Stuttering Severity Instrument-Fourth Edition ([SSI-4], Riley, 2009) a été utilisé pour confirmer le diagnostic de bégaiement, il sera détaillé par la suite dans la partie « méthodologie ». L'OASES-S, traduit en portugais, a également été proposé. Pour mesurer les perceptions des

parents de l'impact du bégaiement de leur enfant, une version adaptée de l'OASES-S a été développée et administrée aux parents. Par exemple, l'item « Quand es-tu capable de parler sans bégayer ? » a été transformé en « Quand votre enfant est-il capable de parler sans bégayer ? ». Les résultats ont montré que les parents et les enfants perçoivent le bégaiement de manière relativement similaire (Rocha, Yaruss, et al., 2020). Des différences sont observées lorsque des antécédents familiaux de bégaiement sont présents. Dans ce cas, les parents ont eu tendance à percevoir l'impact du bégaiement comme plus conséquent que les enfants (Rocha, Yaruss, et al., 2020).

De plus, une attitude négative associée à la parole est présente chez les enfants d'âge scolaire qui bégaiement par rapport à leurs condisciples qui ne bégaiement pas, en plus d'une fragilité accrue aux moqueries des autres enfants (Blood & Blood, 2007; Kawai et al., 2012; Vanryckeghem et al., 2005). Ces aspects augmentent le risque pour les enfants de développer une anxiété sociale (Smith et al., 2014). Un haut niveau d'anxiété sociale a d'ailleurs été relevé chez ces enfants, ce qui restreint le développement et le fonctionnement social normal et est susceptible de générer une baisse de la qualité de vie (Iverach & Rapee, 2014). De plus, Peter et Guitar (1991, cités par Klompas & Ross, 2004) ont joint une autre conséquence du bégaiement sur la qualité de vie : les enfants d'âge scolaire qui bégaiement obtiennent des résultats scolaires légèrement inférieurs à la moyenne des autres enfants. Klompas et Ross (2004) ont ajouté néanmoins que les enfants qui bégaiement ne sont pas tous socialement détachés et qu'ils jouissent du soutien de leurs camarades.

b) Enfants d'âge préscolaire

Comparativement aux enfants d'âge scolaire, Reilly et al. (2013) ont indiqué que chez les enfants d'âge préscolaire, il n'y a aucun impact négatif global du bégaiement développemental sur la qualité de vie. De Sonnevile-Koedoot et al. (2014) ont confirmé ces résultats dans leur étude réalisée aux Pays-Bas. Leur objectif consistait à comparer la qualité de vie chez les enfants d'âge préscolaire qui bégaiement avec des enfants du même âge qui ne bégaiement pas. Les auteurs ont donc recruté 197 enfants âgés de 3 à 6 ans. Ils ont évalué la sévérité du bégaiement à l'aide du SSI-3 et la qualité de vie grâce à quatre questionnaires : HUI3 (Feeny et al., 2002) et EuroQoL EQ-VAS (EuroQol Group, 2009) explicités précédemment, Infant and Toddler Quality of Life Questionnaire ([ITQOL-97], Winters & Byrd, 2021) et Child Health Questionnaire – Parent Form ([CHQ-PF28], Raat, 2005). Le ITQOL-97 est un questionnaire évaluant la qualité de vie associée à la santé. Il est composé de 97 items recouvrant huit concepts

liés à la santé de l'enfant et trois concepts axés sur les parents. Le CHQ-PF28 est composé de 28 items mesurant la qualité de vie des enfants liée à la santé répartis en neuf concepts en plus des trois mêmes concepts du ITQOL-97 axés sur les parents (de Sonnevile-Koedoot et al., 2014). Leur étude n'a pas permis de mettre en évidence un effet significatif de la sévérité du bégaiement sur la qualité de vie chez des enfants d'âge préscolaire contrairement aux adultes. Les auteurs (de Sonnevile-Koedoot et al., 2014) ont expliqué que les exigences communicationnelles des jeunes enfants sont plus limitées, le bégaiement peut ne pas influencer fortement le quotidien. De plus, si le bégaiement est léger, les enfants peuvent être peu conscients de leur bégaiement et les réactions de leurs camarades sont susceptibles d'être rares. Langevin et al. (2009) ont d'ailleurs indiqué que les réactions des pairs sont habituellement neutres ou positives et de temps en temps négatives. De Sonnevile-Koedoot et al. (2014) ont ajouté que le bien-être émotionnel des jeunes enfants dépend moins de l'environnement social mais plutôt des relations de confiance avec leurs parents.

Langevin et al. (2010) ont étudié en Australie l'ampleur et la nature de l'impact du bégaiement chez les enfants d'âge préscolaire et leurs parents via un questionnaire développé pour cette étude. The Impact of Stuttering On Preschool Children and Parents permet d'évaluer quantitativement et qualitativement les perceptions de l'impact du bégaiement. Les enfants d'âge préscolaire ont par exemple mentionné de la frustration, un retrait, des évitements et des moqueries de la part des pairs. Ces résultats ont donc évolué par rapport à leur étude précédente (Langevin et al., 2009). De plus, les parents sont affectés par le bégaiement de leur enfant et les réactions mentionnées sont de l'inquiétude, de l'anxiété, de la frustration et de la culpabilité. (Langevin et al., 2010).

Contrairement à de Sonnevile-Koedoot et al. (2014), d'autres auteurs ont indiqué que certains enfants d'âge préscolaire peuvent tout de même être conscients de leur bégaiement et en être impactés. Effectivement, vers l'âge de 3-4 ans, les enfants qui comprennent leur différence, réagissent négativement au bégaiement (Ezrati-Vinacour et al., 2001; Langevin et al., 2009, 2010; Logan & Yaruss, 1999; Vanryckeghem et al., 2005; Yaruss, 2010). Étant donné la contradiction entre certaines études concernant la conscience du bégaiement chez les jeunes enfants, Boey et al. (2009) l'ont étudiée à Anvers. Leurs objectifs étaient de déterminer le nombre d'enfants conscients de leurs difficultés, de décrire les comportements exprimés face à cette prise de conscience et de mettre en relation l'âge et la sévérité du bégaiement. Les résultats de cette étude ont montré que la prise de conscience évolue avec l'âge et le temps depuis

l'apparition du bégaiement (Boey et al., 2009). En effet, pour 1122 enfants d'âge préscolaire qui bégaiement, 56,7 % des enfants de 2 ans étaient conscients de leur bégaiement contre 89,7 % des enfants de 7 ans. En plus de la conscience du bégaiement, les jeunes enfants qui bégaiement montrent des attitudes de communication plus négatives par rapport à leurs pairs (Guttormsen et al., 2015). Cependant, peu d'études ont exploré les facteurs qui prennent part à ces attitudes de communication négative. Winters & Byrd (2021) ont par conséquent étudié l'influence de la sévérité du bégaiement et le temps écoulé depuis son apparition sur les attitudes communicatives chez 59 enfants d'âge préscolaire qui bégaiement (Winters & Byrd, 2021). Pour mesurer la sévérité du bégaiement (fréquence, durée et comportements associés), les disfluences présentes dans le discours des enfants ont été analysées à l'aide du SSI-4. Ensuite, pour évaluer les capacités de communication des enfants, the Communication Attitude Test for Preschool and Kindergarten Children Who Stutter ([KiddyCAT], Vanryckeghem & Bruten, 2007) a été proposé. Il s'agit d'un outil d'auto-évaluation qui a déjà montré des différences dans les attitudes de communication chez les enfants d'âge préscolaire qui bégaiement par rapport à ceux qui ne bégaiement pas (notamment Bernardini et al., 2009; Clark et al., 2012; Vanryckeghem et al., 2005). Les résultats de cette étude n'ont pas montré une influence convaincante de la sévérité du bégaiement ou du temps écoulé depuis son apparition sur les attitudes communicatives de l'enfant d'âge préscolaire qui bégaiement (Winters & Byrd, 2021). Les auteurs ont ajouté que les logopèdes doivent donc considérer l'attitude communicative indépendamment de la sévérité du bégaiement ou du temps écoulé depuis son apparition lors de la prise de décision et de l'évaluation (Winters & Byrd, 2021).

2.4. Évaluation de la qualité de vie

L'évaluation de la qualité de vie a été rapportée comme essentielle pour mesurer l'impact du bégaiement et l'efficacité des traitements. C'est l'essence même du travail du logopède en plus de la prise en compte de l'expérience des personnes qui bégaiement (Yaruss, 2010). Comme nous avons pu le voir dans diverses études, plusieurs outils permettent d'évaluer la qualité de vie dont des outils génériques comme The Pediatric Quality of Life Inventory 5-7 ans et 8-12 ans ([PedsQL], Varni, 1998) ou des outils spécifiques à des pathologies comme l'OASES (Yaruss & Quesal, 2006). Le PedsQL est donc une mesure générale de la qualité de vie, non spécifique à une pathologie. Ce questionnaire sera détaillé plus précisément par la suite, dans la partie « méthodologie » de ce mémoire.

2.4.1 *L'Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering*

Un grand nombre d'échelles existent évaluant la qualité de vie. L'OASES est la plus répandue au niveau international et est fortement recommandée dans le cadre d'une évaluation globale. En effet, c'est le seul instrument validé et normé qui évalue explicitement l'impact du bégaiement sur la qualité de vie et les difficultés de communication fonctionnelle (Yaruss, 2010; Yaruss & Quesal, 2006).

L'OASES a été conçue en 2006 par Yaruss et est un outil d'évaluation de la qualité de vie élaboré à partir de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) exposé par l'Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organization [OMS], 2001). La CIF est un système de classification multidimensionnelle permettant la description de l'état de santé et l'expérience due aux troubles dans diverses disciplines. (World Health Organization, 2001). La CIF a réalisé une description de toutes les expériences en lien avec la santé selon deux niveaux simplifiés par l'OMS, chacun constitué de deux éléments. Le premier niveau concerne le fonctionnement et le handicap composé de (1) la *structure et la fonction du corps* où les difficultés éprouvées sont définies en termes de déficience et de (2) la *participation et les activités entreprises par une personne dans sa vie quotidienne* où des difficultés ressenties sont déterminées en termes de limitations d'activités ou de restriction à la participation (World Health Organization, 2001). Le second niveau concerne les facteurs contextuels qui permettent de tenir compte des expériences individuelles. Ce niveau est composé (1) *des facteurs individuels* et (2) *des facteurs environnementaux* qui peuvent avoir un impact sur le fonctionnement et le handicap de la personne ou son entourage (World Health Organization, 2001). Une description de tous les aspects de l'expérience de santé d'une personne est permise grâce à ce modèle. Par conséquent, il constitue une aide pour les cliniciens et chercheurs pour la considération de l'ampleur des changements survenant au cours du traitement du bégaiement, par exemple (World Health Organization, 2001). Comme explicité précédemment, Yaruss & Quesal (2004) ont adapté la CIF pour la création de l'OASES. Le lecteur intéressé peut consulter le modèle en annexe 1. Ce modèle est une version schématisée de leur adaptation et permet de considérer le bégaiement selon divers aspects (Yaruss & Quesal, 2006, p. 94) :

- « L'étiologie présumée ou la ou les causes sous-jacentes au bégaiement ;
- L'altération de la fonction corporelle marquée par les caractéristiques observables du bégaiement ;

- Les réactions affectives, comportementales et cognitives présentées par le locuteur face au bégaiement ;
- Les effets environnementaux sur le bégaiement indiqués par la difficulté de communication dans la vie quotidienne et les réactions des interlocuteurs ;
- L'ampleur de l'impact sur la qualité de vie indiquée par la limitation d'activités et les restrictions de la participation ».

Grâce à cette adaptation, Yaruss et Quesal ont ajouté que l'OASES est « unique, étroitement intégré et motivé sur le plan théorique » (2006, p.107).

Par ailleurs, l'OASES permet de fournir une vision complète du bégaiement à des fins d'évaluation et de traitement du trouble (Yaruss & Quesal, 2006). Au départ, il s'agit d'un questionnaire adressé aux adultes de 18 ans et plus qui bégaiement (OASES-A), composé de 100 items, chacun coté de 1 à 5 sur une échelle de Likert. Plus le score est élevé, plus l'impact négatif sur la qualité de vie est important (Yaruss & Quesal, 2006). Les questions sont divisées en quatre catégories : informations générales sur le bégaiement, réactions au bégaiement, communication au quotidien et qualité de vie.

- La première catégorie concerne les connaissances générales du trouble et la perception du locuteur de sa fluidité, de sa parole naturelle et de son bégaiement. Par exemple, « En général, comment vous sentez-vous en tant que personne qui bégaiement ? », « Que connaissez-vous du bégaiement en général ? », « À quelle fréquence êtes-vous capable de parler de manière fluente ? » ;
- La deuxième catégorie porte sur les réactions affectives, comportementales et cognitives du sujet face à son bégaiement. Par exemple, « À quelle fréquence ressentez-vous une tension physique lorsque vous bégayez ? », « Quand vous pensez au bégaiement, à quelle fréquence vous sentez-vous en colère ? » ;
- La troisième catégorie est relative aux difficultés de communication éprouvées par la personne qui bégaiement dans des situations de la vie courante. Par exemple, « À quel point est-il difficile pour vous de communiquer lorsque vous racontez des histoires, des blagues ? », « Au travail, à quel point est-il difficile pour vous de parler avec votre superviseur, votre patron ? », « En général, à quel point est-il difficile pour vous de parler devant un grand groupe de personnes ? » ;
- La quatrième catégorie a trait à l'impact du bégaiement sur la qualité de vie. Par exemple, « À quel point votre vie est-elle affectée par votre bégaiement ? », « En général, à quel

point votre bégaiement interfère avec votre capacité à réaliser votre travail ? », « En général, à quel point votre bégaiement interfère sur votre confiance en vous ? ».

Par conséquent, cette échelle permet d'obtenir des informations sur l'impact du bégaiement dans de multiples aspects de la vie de la personne qui bégaiie (Yaruss & Quesal, 2006).

Le développement et la validation de l'OASES ont constitué plusieurs étapes. Au préalable, les auteurs ont veillé à respecter plusieurs concepts (Yaruss & Quesal, 2006) :

- L'outil devait être de type « papier-crayon » avec une formulation des questions claires et simples permettant l'accès à tous ;
- L'administration et la cotation de l'outil devaient être rapides pour faciliter l'utilisation ;
- Les questions devaient décrire les expériences des personnes qui bégaiient provenant d'un échantillon étendu ;
- L'OASES devait respecter une relation solide avec les cadres théoriques de l'OMS.

Ensuite, les items initiaux ont été créés et revus par des chercheurs, des cliniciens experts dans le domaine du bégaiement et par des groupes de discussion constitués de personnes qui bégaiient. Puis les différentes versions ont été évaluées et analysées, et les items ont été regroupés et répartis dans la version finale (Yaruss, 2010). Un échantillon de 173 adultes qui bégaiient a participé à la validation de l'OASES. L'âge moyen était de 51 ans avec un ratio de trois hommes pour une femme (Yaruss & Quesal, 2006). Étant donné que l'OASES est un outil d'évaluation de l'impact du bégaiement et non un outil diagnostique, son échantillon d'étalonnage n'est pas constitué d'un groupe contrôle.

Rappelons que chaque item est évalué par un score sur une échelle de Likert allant de 1 à 5. Le degré d'impact est ensuite calculé par l'addition des scores de chaque item, en divisant le total par le nombre d'items complétés. Par conséquent, les scores d'impact étaient compris entre 1.00 (les items ont été cotés à 1 pour la totalité des items) et 5.00 (les items ont été cotés à 5 pour la totalité des items). Dès lors, les degrés d'impact du bégaiement sur la vie quotidienne, allant de légers à sévères, ont pu être établis par les auteurs (Yaruss & Quesal, 2006). L'écart-type a été utilisé pour créer ces différents degrés d'impact se basant sur la variabilité des scores par rapport à la moyenne :

- Impact léger : plus de 1.5σ en dessous de la moyenne ;
- Impact léger à modéré : entre 1.5σ et 0.5σ en dessous de la moyenne ;
- Impact modéré : entre 0.5σ en dessous de la moyenne et 0.5σ au-dessus de la moyenne ;

- Impact modéré à sévère : entre 0.50σ et 1.5σ au-dessus de la moyenne ;
- Impact sévère : plus de 1.5σ au-dessus de la moyenne.

Les normes établies suivent une distribution normale (ou courbe de Gauss) des données avec comme référence centrale le degré « modéré » (Yaruss & Quesal, 2006).

Enfin, différentes propriétés psychométriques ont été analysées pour vérifier la fiabilité et valider l'OASES (Yaruss & Quesal, 2016), le lecteur intéressé peut consulter le tableau récapitulatif des résultats de l'OASES-A en annexe 2 :

- La *fidélité test-retest* permet de montrer une bonne stabilité dans le temps entre les réponses fournies par les participants lors de deux administrations du questionnaire (Souza et al., 2017). Plus le délai entre les deux passations est long et plus la fidélité test-retest aura tendance à diminuer. Elle est mesurée grâce à une corrélation de Pearson entre les scores obtenus aux différentes sections de l'OASES-A aux deux administrations, proposées avec un intervalle de 7 à 14 jours. La fidélité test-retest a montré un haut degré de fiabilité entre les deux administrations de l'OASES-A (de .89 à .95) ;
- La *consistance interne* permet de vérifier si les différents items mesurent le même concept (Laurencelle, 2021). Elle est calculée avec des alphas de Cronbach au sein des items des quatre sections de l'échelle OASES. Les coefficients de Cronbach ont démontré une forte consistance interne de l'OASES-A (de .94 à .99) ;
- La *validité concourante* permet de vérifier qu'un outil mesure exactement ce qu'il est censé mesurer (Roberts et Priets, 2006 cités par Souza et al., 2017). Elle évalue la relation entre le questionnaire que nous souhaitons évaluer et un questionnaire déjà validé qui mesure le même concept. C'est pour cette raison que des corrélations de Spearman ont été réalisées entre l'OASES-A et l'échelle S24 (Andrews & Cutler, 1974) qui mesure les attitudes communicationnelles interpersonnelles concernant le bégaiement chez les adultes et les adolescents. Les résultats ont montré une bonne validité concourante. Dans le cas de la validation francophone de l'OASES-S, la validité concourante sera évaluée à l'aide de deux questionnaires : Liebowitz Social Anxiety Scale Children and Adolescents (LSAS-CA ; Smiths et al., 2014) et The Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL ; Varni 1998), développés dans la partie « méthodologie ».

En d'autres termes, la version pour les adultes a montré une bonne fiabilité et validité permettant son utilisation dans l'évaluation de la qualité de vie chez la personne qui bégaille (Yaruss & Quesal, 2006).

En 2010, deux nouvelles versions adaptées à différents âges ont vu le jour (Yaruss, 2010). L'OASES-S s'adresse aux enfants de 7 à 12 ans et est composée de 60 items. Cette version a suivi la même procédure de standardisation que la version originale avec un échantillon de 75 enfants, dont 63 garçons et 12 filles. L'âge moyen était de 10 ans. L'OASES-T est destinée aux adolescents de 13 à 17 ans et constituée de 80 items. Ces versions sont plus courtes, leur langage et leurs concepts sont facilités et elles évaluent les mêmes aspects que la version adulte avec quelques adaptations au niveau des items selon le groupe d'âge. Par exemple, elles sont composées d'items concernant la scolarité et non la profession (Yaruss, Coleman & Quesal, 2010 cités par Yaruss, 2010). Par ailleurs, cet outil dispense des renseignements cruciaux sur le vécu du bégaiement chez les locuteurs avant et après le traitement (Yaruss, 2010).

2.4.2 Traductions et validations de l'OASES

L'OASES a été traduite et validée en plusieurs langues pour permettre son application internationale. Le lecteur intéressé peut consulter les caractéristiques psychométriques des versions validées de l'OASES dont les données sont disponibles en annexe 3.

a) Version australienne de l'OASES-A

Des données normatives australiennes ont été fournies pour l'OASES-A à l'aide d'un échantillon de 200 adultes qui bégaiant, âgés de 18 à 85 ans. Pour valider le questionnaire, les participants ont assisté à un entretien, la sévérité du bégaiement a été évaluée avec un calcul du pourcentage de syllabes bégayées et le questionnaire OASES-A a été administré. Ensuite la fidélité test-retest a été appréciée et les normes ont été établies suivant le même processus que Yaruss & Quesal (2006). Une comparaison de l'ensemble de données de l'OASES australien et de l'ensemble des données de l'OASES d'Amérique du Nord et des Pays-Bas a été réalisée. Les résultats ont montré une similarité entre les différents groupes (Blumgart et al., 2012). Les auteurs (2012) ont ajouté que les scores moyens d'échantillons d'adultes sont essentiellement retrouvés dans la catégorie d'impact modéré. Le lien entre les scores obtenus par les participants et différentes variables (âge, sexe, éducation et sévérité du bégaiement) a également été étudié par Blumgart et al. (2012) à l'aide de corrélations de Pearson entre les variables et les sections de l'OASES-A. Aucune corrélation significative n'a été trouvée entre l'OASES-A et l'éducation et le sexe. De faibles corrélations ont été retrouvées entre l'OASES-A et l'âge et la sévérité du bégaiement.

b) Version brésilienne de l'OASES-A

L'OASES-A a été traduite et adaptée en portugais brésilien (Bragatto et al., 2012). Le questionnaire a été proposé à 18 adultes qui bégaièrent, âgés de 18 à 38 ans. L'instrument Stuttering Severity Instrument-Third Edition ([SSI-3], Riley, 1994) a été utilisé à partir d'un échantillon de paroles d'au moins 200 syllabes afin d'évaluer la sévérité du bégaiement sur base du pourcentage de syllabes bégayées, de la durée des trois plus longues disfluences et des comportements physiques concomitants. Ensuite, la version portugaise de l'OASES-A a été administrée. La traduction a suivi deux étapes : (1) la traduction et l'adaptation du questionnaire et (2) la vérification de cette traduction par des spécialistes. Des corrélations de Spearman ont été réalisées entre le degré de sévérité et l'OASES-A mais aucune corrélation significative n'a été observée (Bragatto et al., 2012).

c) Version japonaise de l'OASES-A

L'OASES-A, traduite en japonais par le processus « forward/backward translation », a été étudiée chez 200 adultes japonais âgés de 20 à 81 ans qui bégaièrent ([OASES-A-J], Sakai et al., 2017). Les participants ont complété plusieurs questionnaires : (1) l'échelle Self Assessment (SA), une échelle d'auto-évaluation de la parole où le patient doit évaluer sa parole sur une échelle allant de 1 (très mauvais) à 10 (très bon), (2) l'échelle Speech Satisfaction (SS), une échelle où le patient doit évaluer la satisfaction par rapport à sa parole sur une échelle de Likert à 5 points allant de « pas du tout satisfait » à « très satisfait » et (3) la version japonaise de l'échelle S24, une échelle qui mesure les attitudes communicationnelles interpersonnelles concernant le bégaiement chez les adultes et les adolescents (utilisée également par Yaruss & Quesal, 2006). La fidélité test-retest et la consistance interne ont été évaluées de la même manière que la version originale de l'OASES (Yaruss & Quesal, 2006). La validité concurrente a été calculée à l'aide de la corrélation de Pearson entre l'OASES-A-J et les autres échelles (SA, SS et S24). Les résultats de l'évaluation des caractéristiques psychométriques ont montré que la traduction japonaise de l'OASES-A a une bonne fiabilité et une bonne validité permettant la mesure de l'impact du bégaiement chez les adultes (Sakai et al., 2017). Sakai et al. (2017) ont confirmé l'importance de comparer d'autres versions traduites pour découvrir les différences interculturelles en ce qui concerne le bégaiement. Cela favorisera la recherche internationale sur l'impact du bégaiement et permettra de nouvelles progressions au niveau du traitement.

d) Version perse de l'OASES-A

L'OASES-A a également été traduite et validée en persan ([OASES-A-P], Yadegari et al., 2018). L'étude de validation était composée de 92 adultes qui bégaiement, âgés de 18 à 46 ans. Le processus « forward/backward translation » a été appliqué à l'OASES-A pour en obtenir une version traduite et quelques items ont été modifiés pour rendre le questionnaire approprié à la culture iranienne. La fidélité test-retest a été calculée à l'aide de corrélations de Pearson, la consistance interne a été évaluée grâce aux alphas de Cronbach, des corrélations inter-items ont été réalisées pour déterminer la validité discriminante et les scores d'impacts ont été comparés aux scores de la version originale et de la version japonaise (Yadegari et al., 2018). Au terme de cette étude, l'OASES-A-P est un instrument valide et fiable. En effet, les résultats ont montré une bonne consistance interne et une bonne fidélité test-retest (Yadegari et al., 2018). Les auteurs ont ajouté que l'impact global du bégaiement chez les Iraniens qui bégaiement était modéré (Yadegari et al., 2018).

e) Version néerlandaise de l'OASES-S

Pour valider cette version néerlandaise, l'OASES-S-D, les enfants recrutés qui bégaiement étaient au nombre de 101. Pour constituer un groupe contrôle, 51 enfants qui ne bégaiement pas ont été recrutés. L'âge des enfants variait de 7 à 12 ans (Lankman et al., 2015). Les enfants ont complété l'OASES-S-D, le Communication Attitude Test in Dutch (CAT-D), l'échelle Self Assessment (SA), l'échelle Speech Satisfaction (SS) et l'échelle Clinical Assessment (CA), qui est une hétéro-évaluation de la sévérité globale du bégaiement de l'enfant. Le thérapeute fournit une note allant de 1 (léger) à 3 (sévère). La validité concurrente a pu être évaluée à l'aide d'une corrélation de Pearson entre l'OASES-S-D et les différentes échelles (CAT-D, SA, SS, CA). Une forte corrélation a été retrouvée entre l'OASES-S et le CAT-D et des corrélations modérées ont été obtenues avec les autres échelles. La consistance interne a été calculée avec des coefficients d'alphas de Cronbach. La validité de construction a été évaluée avec une analyse de variance à un facteur comparant les résultats obtenus par les enfants qui bégaiement et les enfants contrôles. L'évaluation de ces différentes caractéristiques psychométriques a montré une bonne consistance interne et une bonne validité concurrente. Les résultats de l'étude de Lankman et al. en 2015 ont également démontré que l'outil semble capable de différencier les enfants qui bégaiement des enfants qui ne bégaiement pas (ceci n'étant pas son objectif initial) et les différents degrés de sévérité du bégaiement. L'OASES-S-D est fiable et valide pour l'évaluation de l'impact du bégaiement chez les enfants de 7 à 12 ans qui bégaiement (Lankman et al., 2015).

f) Version portugaise de l'OASES-S

La version portugaise du Portugal (OASES-S-PT) a été proposée à 50 enfants âgés de 7 à 12 ans. Le SSI-4 a été utilisé pour confirmer le diagnostic de bégaiement (Rocha, Rato, et al., 2020). La traduction de l'OASES en portugais a suivi, comme les autres, le processus « forward/backward translation ». La consistance interne a été calculée avec des alphas de Cronbach et la fidélité test-retest a été analysée à l'aide de tests *t* pour échantillons appariés en comparant les scores moyens des deux administrations de l'OASES-S-PT. Les résultats obtenus ont montré que la traduction portugaise de l'OASES-S est un outil fiable et valide pour évaluer l'impact du bégaiement sur la vie des enfants portugais. L'analyse de la fidélité test-retest a montré que 90,83 % des réponses aux items étaient identiques d'une administration à l'autre (Rocha, Rato, et al., 2020). Les résultats de l'étude de Rocha et al. en 2020 ont montré que le bégaiement et la perception des difficultés de communication orale impactent négativement de manière modérée la vie des enfants portugais. Des différences entre les résultats portugais et les résultats issus d'études dirigées dans d'autres pays ont consolidé la nécessité de tenir compte des différentes perceptions culturelles (Rocha, Rato, et al., 2020).

f) Version suédoise pour les trois versions de l'OASES

La version suédoise de l'OASES a été proposée aux trois groupes d'âge (OASES-A-S, OASES-T-S, OASES-S-S). L'échantillon de participants qui bégaiant était composé de 80 adultes, 27 adolescents et 32 enfants (Lindström et al., 2020). Les traductions suédoises de l'OASES-A, l'OASES-T et l'OASES-S ont été proposées aux participants. La consistance interne a été calculée à l'aide d'alpha de Cronbach et la validité concurrente a été mesurée avec une corrélation de Pearson entre la traduction suédoise des trois versions de l'OASES et l'échelle Communication Attitude Test in Swedish (CAT-S) dans sa version suédoise. Les trois questionnaires ont montré des résultats fiables et valides. Un impact modéré pour les différents groupes d'âge a été observé.

Pour finir, ces différentes versions ont montré qu'il ne s'agit pas simplement de transposer les normes d'un pays à un autre et de les utiliser dans une autre langue et une autre culture. Elles ont par conséquent permis de confirmer, d'une part, l'importance de l'aspect culturel pour l'évaluation de la qualité de vie chez les personnes qui bégaiant et de montrer d'autre part, l'importance des différentes traductions dans le monde pour permettre un diagnostic plus précis et une prise en charge individualisée.

OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

L'objectif de ce travail est de poursuivre la validation de la version francophone de l'Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering of School-age children, débutée en 2018 par Gantier.

De nombreuses versions traduites et validées de l'OASES existent déjà, dont la version australienne, japonaise, néerlandaise, perse, portugaise du Brésil, portugaise du Portugal et suédoise. La version française n'a pas encore vu le jour, elle est cependant en cours de validation. La traduction francophone de cette échelle permettra un diagnostic plus complet du bégaiement, de son impact grâce à l'évaluation de la qualité de vie et une adaptation de la prise en charge en fonction des besoins du patient.

Le projet consiste à déterminer les propriétés psychométriques de cette version francophone.

Les propriétés psychométriques évaluées sont les suivantes :

- La *fidélité test-retest* est mesurée grâce à une corrélation de Spearman entre les scores d'impact obtenus aux différentes sections de l'OASES-S des deux administrations de l'OASES-S. Le délai entre les deux passations doit idéalement être de 10 et 14 jours. Des corrélations élevées entre les scores d'impact obtenus à la première passation de l'OASES-S et ceux obtenus à la seconde passation devraient être observées, à l'instar de la validation de la version portugaise (Rocha, Rato, et al., 2020) qui montre une bonne fidélité test-retest.
- La *consistance interne* est calculée avec des alphas de Cronbach au sein des quatre sections de l'échelle OASES-S. La version néerlandophone (Lankman et al., 2015), la version portugaise (Rocha, Rato, et al., 2020) et la version suédoise (Lindström et al., 2020) de l'OASES-S montrent une bonne consistance interne. Ces mêmes résultats sont attendus pour la version francophone de l'OASES-S, les coefficients devraient être supérieurs à .70 selon la version néerlandophone (Lankman et al., 2015) ou supérieurs à .80 selon la version suédoise (Lindström et al., 2020).
- La *validité concourante* est estimée par des corrélations de Spearman. Une corrélation élevée devrait être observée entre les scores totaux des participants et leurs scores à la section IV (impact du bégaiement sur la qualité de vie) de l'OASES-S avec les scores obtenus par les mêmes participants au PedsQL, qui est une mesure générale de la qualité de vie. Les scores à la section III (impact du bégaiement sur l'anxiété) devraient également

être corrélés aux scores obtenus par les mêmes participants à l'échelle LSAS-CA, qui évalue l'anxiété sociale et l'évitement.

En résumé, nous devrions obtenir de hauts degrés de fidélité test-retest, de consistance interne et de validité concourante avec l'échelle validée mesurant la qualité de vie (PedsQL) et l'échelle mesurant l'anxiété sociale et l'évitement (LSAS).

En plus de déterminer les propriétés psychométriques de la version francophone de l'OASES-S, les hypothèses suivantes sont émises :

- L'impact du bégaiement sur la qualité de vie des enfants serait corrélé à sa sévérité, objectivée par le SSI-4. En d'autres termes, un enfant présentant un impact important du bégaiement sur sa qualité de vie aurait donc tendance à présenter un bégaiement plus sévère ;
- L'impact du bégaiement sur la qualité de vie des enfants serait corrélé au score déterminé par le parent, par l'enfant et par l'observateur externe à l'échelle de sévérité du bégaiement de Lidcombe. En d'autres termes, un score élevé indiqué par les trois évaluateurs à l'échelle de sévérité de Lidcombe induirait un impact plus important sur la qualité de vie de l'enfant;
- L'impact du bégaiement sur la qualité de vie des enfants serait corrélé à la perception et au vécu du parent du bégaiement de son enfant.

Enfin, la moyenne des scores d'impact de notre pays sera explorée par rapport à l'échantillon original afin d'observer ou non, une stabilité. Des comparaisons entre les moyennes des scores d'impact obtenues pour chaque section et les moyennes des scores d'impact obtenues par Yaruss & Quesal (2016) seront réalisées.

MÉTHODOLOGIE

1.1. Participants

L'échantillon était constitué de quatorze enfants qui bégaiement, sept Belges et sept Français dont trois filles et onze garçons, âgés de 7 à 12 ans avec un âge moyen de 9.42 (1.65). Les enfants sont scolarisés de la deuxième primaire à la première secondaire dans l'enseignement ordinaire. Il s'agit d'un échantillon empirique ou non-probabiliste qui suit la méthode de convenance où les participants sont choisis, car ils sont volontaires. Les enfants constituant l'échantillon ne présentaient pas de comorbidités importantes. Les troubles neurologiques, les troubles développementaux, les déficiences intellectuelles et les déficiences auditives étaient par conséquent des critères d'exclusion.

Le recrutement des enfants qui bégaiement s'est réalisé via les réseaux sociaux, notamment grâce à la page Facebook « Association Parole Bégaiement » ou via les réseaux professionnels et les annuaires de l'Association Scientifique et Éthique des Logopèdes Francophones (ASELF) ou de l'Union Professionnelle des Logopèdes Francophones (UPLF). Le recrutement était ouvert à toute la Wallonie et la France. Tous les participants français et deux participants belges ont été évalués en visioconférence pour la totalité de la passation. Deux autres participants belges ont été vus en présentiel pour la première séance et en visioconférence pour la seconde. Un premier contact téléphonique ou par courriel a eu lieu avec les logopèdes des enfants. Celles-ci ont contacté leur patientèle qui bégaiement en leur proposant de participer à cette étude et nous avons été mis en contact par la suite avec les parents.

Ce projet de recherche a bénéficié d'un accord du comité d'éthique de la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'éducation pour l'implication de participants humains, pour l'administration en visioconférence et pour le recrutement via les réseaux sociaux.

1.2. Traduction francophone de l'OASES-S

Après avoir obtenu l'accord écrit des auteurs, la traduction française de l'OASES-S a suivi les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les traducteurs ont en effet dû répondre à plusieurs critères :

- Être professionnels dans le domaine de la logopédie ;
- Maîtriser la culture et la langue d'origine (l'anglais) de l'échelle OASES ;
- Avoir le français pour langue maternelle.

L'objectif de la traduction francophone était d'obtenir une version valide, fidèle et sensible de cette échelle. Pour respecter cet objectif, le concept du mot a été privilégié à la forme du mot. Le travail de traduction francophone a été réalisé par des traducteurs experts, en collaboration avec cinq logopèdes belges, françaises et québécoises avec 6 à 30 ans d'expérience dans le bégaiement :

- *Anne-Lise Leclercq* est logopède et chercheuse à Liège qui, au moment de la traduction, prenait en charge depuis six ans des patients qui bégaièrent ;
- *Blanche de Briey* exerce à Bruxelles en tant que logopède qui, au moment de la traduction, prenait en charge depuis huit ans dans le domaine du bégaiement ;
- *Anne Moïse Richard* est orthophoniste à l'hôpital Sainte-Justine à Montréal et est experte dans le domaine du bégaiement depuis dix ans au moment de la traduction ;
- *Véronique Stuyvaert* est logopède à Bruxelles et prenait en charge des patients qui bégaièrent depuis seize ans au moment de la traduction ;
- *Véronique Aumont-Boucant* est orthophoniste à Paris et est experte dans la prise en charge du bégaiement depuis trente ans au moment de la traduction.

Une traduction intégrée a été réalisée et ce comité d'experts bilingues l'a évaluée. Ensuite, la version française a été traduite à nouveau dans sa langue d'origine par un traducteur anglophone, indépendant du domaine, pour en vérifier la fiabilité. Scott Yaruss, l'auteur de l'OASES-S, a vérifié la re-traduction de la version française en anglais afin de détecter d'éventuelles incohérences. Des ajustements mineurs de terminologie ont été réalisés afin d'obtenir une version traduite la plus fidèle possible. Un prétest sur quelques patients a permis à nouveau des ajustements mineurs de terminologie. L'objectif est maintenant de proposer cette échelle traduite à des enfants pour acquérir des normes.

1.3. Outils

Le lecteur intéressé peut consulter un extrait de chaque outil en annexe 4.

a) **Stuttering Severity Instruments-Fourth Edition** ([SSI-4], Riley, 2009)

L'objectif de cet outil est de confirmer ou d'infirmer le diagnostic de bégaiement. Sur base d'un échantillon de parole d'au moins 200 syllabes et de la lecture d'un texte (selon l'âge de l'enfant), la fréquence des disfluences, leur durée, les comportements et les mouvements associés sont extraits et rapportés en un score total.

- La fréquence des disfluences est calculée par le pourcentage total de syllabes bégayées dans le discours normal. Selon l'analyse du SSI-4, le bégaiement est défini lorsqu'un son

ou une syllabe est répété ou prolongé. Chez les enfants lecteurs, le pourcentage obtenu est converti en un score allant de 2 à 9 pour les tâches de lecture et de parole. Pour les enfants non-lecteurs, le pourcentage est converti en un score allant de 4 à 18.

- La durée des disfluences reprend la moyenne des trois plus longues disfluences mesurées en secondes dans l'échantillon de parole. Cette moyenne est convertie en un score allant de 2 à 18.
- Les comportements et les mouvements associés sont répartis en quatre catégories : les sons distracteurs, les mouvements ou grimaces du visage, les mouvements de la tête et les mouvements des extrémités (pieds, mains, bras...). Ils sont observés lors des moments de parole et seuls les comportements associés au bégaiement sont notés. Le logopède attribue pour chaque catégorie un score sur une échelle allant de 0 (il n'y a pas de comportements et de mouvements associés) à 5 (les comportements et les mouvements associés sont sévères et la douleur est perceptible). Ensuite le score total est calculé et situé entre 0 et 20.

Pour l'analyse à l'aide de l'outil SSI-4, l'enregistrement du participant est nécessaire pour permettre une meilleure précision dans la cotation du discours et de la lecture.

Pour finir, un score total reprenant les résultats obtenus pour la fréquence, la durée, les comportements et les mouvements associés est calculé. Plus le score est élevé, plus la sévérité du bégaiement est importante. Ce score d'échelle est ensuite rapporté aux normes de sévérité de l'échantillon d'étalonnage, rapportées en percentiles.

b) Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering for School-age children (Yaruss et al., 2016)

La version francophone de l'OASES-S a été administrée aux participants pour mesurer l'impact du bégaiement sur la qualité de vie. Cette échelle est composée de 60 items répartis en quatre sections, les items sont cotés de 1 à 5 sur une échelle de Likert :

- Informations générales, par exemple « Quand es-tu capable de parler sans bégayer ? » toujours (=1), souvent (=2), parfois (=3), rarement (=4), jamais (=5) ;
- Réactions par rapport au bégaiement, par exemple « Quand tu penses au bégaiement, à quelle fréquence te sens-tu nerveux ou anxieux à l'idée de bégayer ? » jamais (=1), rarement (=2), parfois (=3), souvent (=4), toujours (=5) ;
- Communication quotidienne, par exemple « En général à quel point est-ce difficile pour toi de parler avec d'autres enfants ? » pas du tout difficile (=1), pas très difficile (=2), un peu difficile (=3), très difficile (=4), extrêmement difficile (=5) ;

- Qualité de vie, par exemple : « À quel point ton bégaiement t'empêche-t-il de réussir à l'école ? Pas du tout (1), très peu (2), un peu (3), beaucoup (4), complètement (5) ».

Chaque item est évalué par l'enfant qui entoure le chiffre correspondant à son expérience actuelle en lien avec sa parole et son bégaiement. Pour obtenir le score total d'impact, une addition de tous les scores par item de chaque section, divisée par le nombre d'items complétés par l'enfant est réalisée. Plus ce score total est élevé, plus l'impact négatif du bégaiement sur la qualité de vie de l'enfant est important. L'impact du bégaiement peut être qualifié de léger, léger à modéré, modéré à sévère ou sévère. Lors de nos analyses, nous vérifierons si ces scores d'impact correspondent aux mêmes moyennes que l'échantillon original.

c) Liebowitz Social Anxiety Scale Children and Adolescents ([LSAS-CA], Schmits et al., 2014)

L'objectif de cette échelle est de mesurer l'anxiété sociale des enfants et des adolescents. Elle est constituée de 24 items qui évaluent la peur et l'évitement dans des situations sociales ou de performance. Par exemple « À quel point tu as senti de la peur/ à quelle fréquence tu as tendance à fuir la situation de parler à tes camarades de classe ou à d'autres personnes au téléphone ». Pour chaque item, l'enfant doit attribuer deux scores. Le premier score concerne la peur ou l'anxiété, l'enfant fournit une note de 0 (= aucune), 1 (= légère), 2 (= moyenne) ou 3 (= sévère). Le second score concerne l'évitement que l'enfant évalue par 0 (= jamais), 1 (= occasionnel), 2 (= fréquent) ou 3 (= habituel). Un score total est calculé et représente la somme des deux catégories : peur ou anxiété d'une part et évitement d'autre part. Si ce score est supérieur à 22.5, cela suggère un trouble de l'anxiété sociale. De plus, quatre sous-scores sont obtenus selon qu'il s'agisse d'anxiété ou d'évitement dans une situation d'interactions sociales, par exemple « Rencontrer de nouvelles personnes ou des étrangers », « Aller à des fêtes, des soirées dansantes ou des activités scolaires », ou dans une situation de performance par exemple « Manger devant les autres », « Lire à voix haute en classe ». Ces quatre sous-scores sont donc l'anxiété dans les situations de performance, l'évitement dans les situations de performance, l'anxiété dans les situations d'interactions sociales et l'évitement dans les situations d'interactions sociales. Comme écrit précédemment, cette échelle permet d'évaluer la validité concurrente car le score obtenu à cette échelle sera comparé à celui obtenu à la section III de l'OASES qui traite plus spécifiquement l'anxiété ressentie dans la communication.

d) The Pediatric Quality of Life Inventory 8-12 ans (Varni, 1998)

L'objectif de cette échelle est de mesurer la qualité de vie chez les enfants. Il s'agit d'une mesure générale de la qualité de vie, non spécifique à une pathologie. La version pour les enfants âgés de 5 à 7 ans existe également mais elle n'a pas été proposée, car les participants âgés de 7 ans étaient dans l'année de leur 8 ans. La version pour les enfants âgés de 8 à 12 ans est constituée de 23 items répartis en quatre catégories :

- Au sujet de ma santé et de mes activités (huit items), par exemple : « J'ai des difficultés à marcher plus loin que le coin de la rue » ;
- Au sujet de mes émotions (cinq items), par exemple : « Je me sens triste » ;
- Au sujet de mes relations avec les autres enfants (cinq items), par exemple : « Les autres enfants ne veulent pas être mes amis » ;
- Au sujet de l'école (cinq items), par exemple : « Je manque l'école parce que je me sens mal ».

L'enfant doit indiquer la note de 0 (= ce n'est jamais un problème), 1 (= ce n'est presque jamais un problème), 2 (= c'est parfois un problème), 3 (= c'est souvent un problème) ou 4 (= c'est presque toujours un problème) pour chaque item. La note choisie par l'enfant est convertie en un score établi sur une échelle linéaire allant de 0 à 100. Plus précisément, 0 vaut 100, 1 vaut 75, 2 vaut 50, 3 vaut 25 et 4 vaut 0. Un résultat élevé indique donc un haut niveau de qualité de vie (Varni et al., 1999). Dans cette étude, le score total de chaque item a été comparé aux résultats globaux et aux résultats de la section IV de l'OASES qui concerne plus spécifiquement la qualité de vie afin d'apprécier la validité concurrente.

e) Échelle de sévérité du bégaiement Lidcombe 0-9

Cette échelle est une mesure globale utilisée quotidiennement par le parent dans le cadre du programme Lidcombe. Elle prend notamment en compte la fluidité de la parole, la durée des disfluences et les comportements annexes. L'objectif ici était d'évaluer la fluidité de la parole de l'enfant sur une échelle allant de 0 à 9 où 0 = aucun bégaiement et 9 = bégaiement important. Cette échelle de sévérité est proposée aux enfants qui doivent évaluer leur bégaiement selon deux moments différents : « maintenant » et « ces derniers temps ». Elle est aussi présentée aux parents qui doivent évaluer la parole de l'enfant ces derniers temps et l'observateur externe l'évalue lors de la conversation. Cette échelle permet d'obtenir une mesure subjective de la perception du bégaiement par l'enfant, et d'observer par la suite une éventuelle association entre le score de sévérité donné par l'enfant et son score obtenu au questionnaire de l'OASES-

S. Cette association pourrait être différente de celle observée entre le score obtenu à l'OASES-S et le score de sévérité fourni par le SSI-4 ou le score donné par l'observateur externe.

f) Palin Parent Rating Scale ([Palin PRS], Millard & Davis, 2016)

Cette échelle a pour objectif d'évaluer la perception et le vécu des parents vis-à-vis du bégaiement de leur enfant ainsi que l'impact que cela peut avoir sur l'enfant et ses parents. Elle est constituée de trois sections et est proposée aux parents qui doivent évaluer chaque item par un score allant de 0 à 10 sur une ligne graduée, une cote faible représentant un impact plus sévère.

- La première section est intitulée « L'impact du bégaiement sur votre enfant » et elle est constituée de sept items, par exemple : « Votre enfant parle-t-il moins à cause du bégaiement ? » ;
- La seconde section est appelée « La sévérité du bégaiement et les préoccupations des parents » et est composée de sept items, par exemple : « A quel point le bégaiement de votre enfant est-il sévère ? » ;
- La troisième section est nommée « Les connaissances des parents et leur confiance dans leur gestion du bégaiement » et est composée de cinq items, par exemple : « Comprenez-vous ce qui influence le bégaiement de votre enfant ? ».

En ce qui concerne la cotation, les scores de chaque section sont additionnés et divisés par le nombre d'items complétés par le parent. Grâce à ce questionnaire, nous verrons s'il existe une corrélation entre la perception et le vécu des parents du bégaiement de leur enfant et l'impact du bégaiement de l'enfant sur la qualité de vie.

1.4. Procédure

Plus ou moins dix jours avant le premier entretien, un questionnaire anamnestique, un consentement éclairé et un formulaire d'informations concernant l'étude et ses objectifs ont été fournis aux parents. Un formulaire de consentement et d'information a également été transmis aux enfants. Les parents ont renvoyé par courriel le questionnaire anamnestique complété, le consentement éclairé signé et le formulaire de consentement signé par l'enfant. Le questionnaire anamnestique a été proposé au préalable aux parents afin de vérifier si l'enfant répondait aux critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude. Dans ce questionnaire, deux questions ont été ajoutées :

- « Y a-t-il eu un évènement dans les semaines écoulées qui pourrait avoir eu un impact sur le bien-être, sur la qualité de vie de votre enfant ? ». Cette question a été à nouveau posée le jour du premier entretien ;
- « Sur une échelle allant de 0 à 9 où 0 signifie aucun bégaiement et 9 signifie le pire bégaiement imaginable, à combien situeriez-vous le bégaiement de votre enfant ces derniers temps ? ». Cette question a permis d'obtenir le score de l'échelle de sévérité du bégaiement de Lidcombe sans la présence de l'enfant pour qu'il ne soit pas influencé par la réponse du parent.

Selon les préférences du participant et l'évolution de la crise sanitaire, la passation des différentes épreuves a été proposée en visioconférence à l'aide d'une plateforme sécurisée (Teams) ou en présentiel au domicile du participant ou au cabinet de sa logopède. Nous discuterons des influences potentielles du mode de passation et de la présence ou non d'un parent dans la partie « discussion » de ce mémoire.

D'un point de vue éthique, les données ont été totalement anonymisées sous forme de codes chiffrés et elles sont maintenues dans un dossier sécurisé. L'enregistrement vidéo mis en place a demandé un accord des parents et de l'enfant, retrouvé dans le consentement. Il a permis une analyse approfondie de la parole de l'enfant lors de la discussion de quelques minutes. Concernant l'administration en visioconférence, une attention particulière a dû être accordée à la protection de la vie privée des patients et à la confidentialité dont l'accès aux données du patient par une tierce personne doit être empêché (Grillo, 2019; Packman & Grant, 2011). Pour ce faire, des filets de sécurité peuvent être mis en place ainsi que des connexions privées depuis le domicile (Mashima & Doarn, 2008; Packman & Grant, 2011 ; ASHA, 2021b).

Lors du premier entretien, l'évaluation a débuté avec une petite discussion filmée ou enregistrée en langage spontané et semi-spontané de quelques minutes pour les enfants âgés de moins de 8 ans ou une discussion et une lecture d'un texte pour les enfants âgés de plus de 8 ans. Pour les enfants dont le recueil de discours a été plus difficile, l'histoire sans texte « Frog where are you ? » (Mayer, 1969) a été proposée. Ces extraits ont permis une cotation de la sévérité du bégaiement à l'aide du SSI-4. Les textes utilisés ont été adaptés à l'âge de l'enfant et à son niveau de lecture. L'objectif était de récolter minimum 200 syllabes de parole et 200 syllabes lues. Ensuite, l'échelle de sévérité du bégaiement Lidcombe 0-9 a été complétée selon l'enfant « maintenant » et « ces derniers temps » puis selon l'examineur (observateur externe)

« pendant la discussion ». Enfin, les questionnaires ont été administrés aux enfants dans l'ordre suivant : OASES-S, LSAS-CA, PedsQL 8-12 ans. Le Palin PRS a été proposé aux parents soit au milieu de deux questionnaires administrés à l'enfant afin de lui accorder une pause soit à la fin de la passation. La durée de ces premiers entretiens a varié entre 1 heure et 1 heure et demie selon les participants. Afin d'éprouver la fidélité test-retest, une seconde administration de l'OASES-S a été proposée lors d'un deuxième rendez-vous fixé idéalement 10 à 14 jours plus tard mais le délai a varié entre 9 et 28 jours selon les disponibilités de l'enfant et de ses parents. Les seconds entretiens ont duré plus ou moins 20 minutes. À la demande de certains parents et participants rencontrés à distance, les entretiens ont été répartis en deux fois 45 minutes afin d'éviter de trop longs moments pour l'enfant en visioconférence.

1.5. La télé-pratique

Comme explicité précédemment, nos passations se sont déroulées, pour la plupart, en télé-pratique. Dans le domaine de la logopédie, la télé-santé ou télé-pratique est en constante évolution (Freckmann et al., 2017; Rocha, Rato, et al., 2020; Weidner & Lowman, 2020). Elle est définie comme l'utilisation des technologies de communication pour transmettre des services (Hodge et al., 2019; Lowe et al., 2013). L'ASHA (2021b) a indiqué que la télé-pratique correspond à l'application de technologies de communication à distance tant pour l'évaluation que pour le traitement d'un patient. La télé-pratique rencontre plusieurs avantages. Par exemple, elle permet de rompre la distance entravant l'accès aux prestations, la pénurie de professionnels dans les zones rurales ou encore l'incapacité de déplacement pour cause de mobilité réduite (ASHA, 2021b). En 2019, McGill et al. ont indiqué que, contrairement au traitement du bégaiement en télé-pratique, peu d'informations quant à son évaluation selon ce mode d'administration étaient disponibles. Cependant, deux ans plus tard, les mêmes auteurs ont réalisé une étude préliminaire sur ce concept. Il ressort de leur étude que l'évaluation du bégaiement en télé-pratique est une option adéquate pour les patients qui bégaiement (McGill et al., 2021). D'autres données de la littérature ont d'ailleurs stipulé la faisabilité et la validité de l'administration d'épreuves en visioconférence dans d'autres domaines, notamment le langage oral (Guiberson et al., 2015), l'aphasie (Dekhtyar et al., 2020) et le langage écrit (Hodge et al., 2019). Ce mode d'évaluation à distance est susceptible de faire partie des pratiques courantes grâce à l'avancée des technologies et aux nombreuses preuves de l'efficacité de l'évaluation en télé-pratique dans le domaine de la logopédie où l'évaluation du langage et de la communication peut facilement être adaptée à la télé-pratique (Dekhtyar et al., 2020; Theodoros, 2012).

RÉSULTATS

1. Introduction

Pour réaliser ces analyses statistiques, le logiciel SAS Studio a été utilisé. Nous avons réalisé des tests statistiques non-paramétriques car la taille de l'échantillon n'était pas suffisante pour procéder à une analyse statistique paramétrique. Les participants sont quatorze. Par conséquent, les différents résultats doivent être interprétés avec précaution. Le lecteur intéressé peut consulter les résultats de chaque participant aux questionnaires et aux échelles administrés en annexe 5. Les tests statistiques utilisés sont la corrélation de Spearman afin d'évaluer la fidélité test-retest, la validité concurrente et vérifier nos hypothèses exploratoires. Le calcul d'alphas de Cronbach est employé pour évaluer la consistance interne. Des comparaisons de moyenne à un standard sont réalisées afin de comparer nos moyennes à celles obtenues pour l'échantillon original. Les données qui ont été analysées à l'aide de corrélation de Spearman ont été préalablement transformées en rangs.

Les variables analysées sont ordinales pour l'OASES-S, le LSAS, le PedsQL, l'échelle de sévérité de Lidcombe et le score de sévérité obtenu au SSI-4 car il s'agit d'échelles de type Likert. La variable analysée pour le Palin PRS était métrique car les parents devaient indiquer leur réponse par la lettre « i » sur une ligne de dix centimètres et le trait était mesuré pour obtenir le résultat en centimètre. Cependant, seuls les parents rencontrés en présentiel ont eu la possibilité de procéder de cette manière. En visioconférence, les parents devaient nous transmettre un chiffre allant de 0 à 100 qui était ensuite divisé par dix pour être le plus proche possible de la réalité afin d'obtenir un chiffre décimal. Malgré cette adaptation, la plupart des parents ont eu tendance à fournir un chiffre rond.

2. Analyses descriptives

2.1. Overall Assessment of the Speaker's Experience of Suttering for School-age children (OASES-S)

Pour rappel, la section I concerne les informations générales, la section II traite des réactions face au bégaiement, la section III porte sur la communication dans la vie de tous les jours et la section IV s'intéresse à la qualité de vie chez les participants. Le tableau 1 représente la moyenne, l'écart-type, l'étendue pour chaque section de l'OASES-S lors de la première passation pour les quatorze enfants. Les moyennes, les écart-types et les étendues des versions validées sont également précisés.

Tableau 1. Moyennes, écarts-types et étendues pour la version francophone de l'OASES-S, la version de référence anglophone (Yaruss & Quesal, 2016) et les autres versions validées (Lankman et al., 2015; Lindström et al., 2020; Rocha, Rato, et al., 2020)

| OASES-S | Version francophone (N = 14) <i>M (ET)</i> <i>Étendue</i> | Version anglophone (N = 75) <i>M (ET)</i> <i>Étendue</i> | Version néerlandaise (N = 101) <i>M (ET)</i> | Version portugaise (N= 50) <i>M (ET)</i> <i>Étendue</i> | Version suédoise (N = 32) <i>M (ET)</i> |
|-------------|---|--|---|---|--|
| Section I | 2.54 (0.39) 1.73 – 3.14 | 2.57 (0.48) 1.80 – 3.63 | 2.75 (0.40) | 3.03 (0.63) 1.98 – 4.50 | 2.89 (0.42) |
| Section II | 2.00 (0.36) 1.45 – 2.80 | 2.38 (0.41) 1.76- 3.20 | 1.87 (0.64) | 2.10 (0.40) 1.52 – 2.87 | 2.33 (0.63) |
| Section III | 1.69 (0.41) 1.00 – 2.30 | 2.08 (0.49) 1.51 – 3.20 | 2.04 (0.57) | 1.68 (0.43) 1.12 – 2.50 | 1.96 (0.65) |
| Section IV | 1.67 (0.68) 1.00 – 3.50 | 1.72 (0.23) 1.51 – 2.13 | 1.57 (0.55) | 1.66 (0.43) 1.20 – 264 | 1.69 (0.58) |
| Total | 1.99 (0.36) 1.56 – 2.76 | 2.25 (0.50) | 2.09 (0.42) | 2.16 (0.71) | 2.28 (0.47) |

Une comparaison a été réalisée entre la moyenne de chaque section de la version francophone et la moyenne de référence de chaque section de la version anglophone. Pour rappel, lorsque le score d'impact de la section se situe entre 1.00 et 1.49, le taux d'impact est considéré comme « léger », s'il se situe entre 1.50 et 2.24 le taux d'impact est considéré comme « léger à modéré », s'il se situe entre 2.25 et 2.99 le taux d'impact est considéré comme « modéré », s'il se situe entre 3.00 et 3.74 le taux d'impact est considéré comme « modéré à sévère » et s'il se situe entre 3.75 et 5.00 le taux d'impact est considéré comme « sévère ».

- La moyenne de la section I correspond à un taux d'impact « modéré » comme la moyenne anglophone. La comparaison de moyenne avec la valeur standard 2.57 montre qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux moyennes ($t_{2.57} = -0.28, p = .7871$), ce qui

signifie que les informations générales évaluées dans la section I correspondent entre notre échantillon de participants francophones et l'échantillon de participants anglophones.

- La moyenne de la section II correspond à un taux d'impact « léger à modéré » et la moyenne de référence de la version anglophone correspond à un taux d'impact « modéré ». La comparaison de moyenne avec la valeur standard 2.38 indique qu'il y a une différence significative entre les deux moyennes ($t_{2.38} = -4.03, p = <.001$), ce qui signifie que la manière dont les enfants francophones de notre échantillon réagissent à leur bégaiement est différente des enfants anglophones pour l'échantillon de référence.
- La moyenne de la section III correspond à un taux d'impact « léger à modéré » comme le taux d'impact pour la moyenne de référence de la version anglophone. La comparaison de moyenne avec la valeur standard 2.08 indique une différence significative entre les deux moyennes ($t_{2.08} = -3.60, p = .003$), ce qui signifie que les enfants francophones de notre échantillon semblent moins en difficultés dans la communication de la vie de tous les jours que les enfants anglophones pour l'échantillon de référence.
- La moyenne de la section IV correspond à un taux d'impact « léger à modéré » comme le taux d'impact pour la moyenne de référence de la version anglophone. La comparaison de moyenne avec la valeur standard 1.72 montre une différence non significative entre les deux moyennes ($t_{1.72} = -0.27, p = .7938$), ce qui signifie que la qualité de vie des enfants francophones de notre échantillon est impactée de la même manière que les enfants anglophones pour l'échantillon de référence.
- La moyenne du score total correspond à un taux d'impact « léger à modéré » et la moyenne de référence pour le score total correspond à un impact « modéré ». La comparaison de moyenne avec la valeur standard 2.25 montre une différence significative ($t_{2.25} = -2.64, p = .02$), ce qui signifie que les enfants francophones de notre échantillon semblent globalement moins impactés que les enfants anglophones pour l'échantillon de référence.

2.2. Liebowitz Social Anxiety Scale Children and Adolescents (LSAS-CA)

Pour rappel, cette échelle a pour objectif d'évaluer l'anxiété sociale chez les enfants et les adolescents. Elle est composée de 24 items qui évaluent la peur et l'évitement dans des situations sociales ou de performance. L'enfant doit attribuer deux scores pour chaque item, le premier score concerne l'anxiété ou la peur et le second score concerne l'évitement. De plus, quatre sous-scores sont obtenus selon qu'il s'agisse d'une situation d'interactions sociales ou d'une situation de performance : l'anxiété dans les situations de performance, l'évitement dans les situations de performance, l'anxiété dans les situations d'interactions sociales et l'évitement

dans les situations d'interactions sociales (Schmits et al., 2014). Le tableau 2 représente la moyenne, l'écart-type et l'étendue pour les deux scores : anxiété et évitement, les quatre sous-scores et le score total.

Tableau 2. Moyennes, écarts-types et étendues pour les résultats obtenus au questionnaire LSAS

| | Total (N = 14) | Anxiété | Évitement | Score 1 | Score 2 | Score 3 | Score 4 |
|----------------|-------------------|------------------|------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| <i>M (ET)</i> | 28.93 (22.37) | 15.29 (12.68) | 13.64 (10.84) | 5.64 (5.88) | 6.50 (6.71) | 8.93 (7.25) | 7.86 (5.46) |
| <i>Étendue</i> | 0 – 82 | 0 – 41 | 0 – 41 | 0 – 18 | 0 – 24 | 0 – 23 | 0 – 17 |

Note. Score 1 = anxiété dans les situations de performance ; score 2 = évitement dans les situations de performance ; score 3 = anxiété dans les situations d'interactions sociales ; score 4 = évitement dans les situations d'interactions sociales

2.3. The Pediatric Quality of Life Inventory 8-12 ans (PedsQL)

Pour rappel, ce questionnaire permet de mesurer la qualité de vie chez les enfants. Il s'agit d'une mesure générale de la qualité de vie, non spécifique à une pathologie (Varni, 1998).

La section 1 s'intitule « Au sujet de ma santé et de mes activités », la section 2 est nommée « Au sujet de mes émotions », la section 3 concerne « Au sujet de mes relations avec les autres enfants » et la section 4 désigne « Au sujet de l'école ». L'enfant doit indiquer sur une échelle de 0 à 5 à quel point les items représentent un problème pour lui. Le tableau 3 représente la moyenne, l'écart-type et l'étendue pour chaque section du PedsQL et son total.

Tableau 3. Moyennes, écarts-types et étendues pour les résultats obtenus au questionnaire PedsQL

| | Total (N = 14) | Section 1 | Section 2 | Section 3 | Section 4 |
|----------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <i>M (ET)</i> | 15.29 (11.18) | 4.14 (4.04) | 4.36 (2.98) | 2.43 (2.90) | 4.29 (3.29) |
| <i>Étendue</i> | 0 – 40 | 0 – 12 | 0 – 9 | 0 – 9 | 0 – 11 |

2.1. *Palin Parent Rating Scale (Palin PRS)*

Pour rappel, cette échelle permet d'évaluer la perception et le vécu des parents vis-à-vis du bégaiement de leur enfant. La section 1 traite de la perception de l'impact du bégaiement sur l'enfant, la section 2 s'intéresse à la perception de la sévérité du bégaiement et les

préoccupations des parents et la section 3 concerne les connaissances des parents et leur confiance dans leur gestion du bégaiement. Le parent doit évaluer chaque item par un score allant de 0 à 10 sur une ligne graduée (Millard & Davis, 2016). Le tableau 4 représente la moyenne, l'écart-type et l'étendue pour chaque section du Palin PRS et son total.

Tableau 4. Moyennes, écarts-types et étendues pour les résultats obtenus au questionnaire Palin PRS

| | Total (N = 14) | Section 1 | Section 2 | Section 3 |
|----------------|-------------------|---------------|---------------|--------------|
| <i>M (ET)</i> | 133.18 (16.90) | 52.04 (8.97) | 44.55 (10.61) | 38.04 (6.86) |
| <i>Étendue</i> | 97 – 154 | 34.11 – 67.90 | 16.50 – 58.00 | 25 – 50 |

2.4. Stuttering Severity Instruments-Fourth Edition (SSI-4)

Pour rappel, le score de sévérité du SSI-4 reprend les résultats indiqués pour la fréquence des disfluences, la durée des trois plus longues disfluences et les comportements associés (Riley, 2009). Le pourcentage des disfluences a été obtenu grâce au logiciel CLAN, permettant une analyse fine et précise de l'échantillon de parole et de lecture de l'enfant. Seul un participant n'a pas obtenu de score de sévérité à l'aide du SSI-4 pour des raisons de consentement, l'effectif était donc égal à 13. La moyenne est de 18.15 avec un écart-type de 6.20 et une étendue de 8 – 32.

3. **Analyses des propriétés psychométriques**

3.1. Analyse de la consistance interne de la version francophone de l'OASES-S

La consistance interne des sous-sections et des sections de l'OASES-S a été évaluée en calculant des alphas de Cronbach (tableau 5). Lorsque l'alpha de Cronbach se situe entre .70 et .95 (Terwee et al., 2007) nous considérons que la cohérence interne est bonne, un score inférieur à .70 mais proche de .60 est satisfaisant (Streiner, 2003; Terwee et al., 2007). La valeur 1 indique une consistance interne parfaite selon Yaruss & Quesal (2016).

Tableau 5. Alphas de Cronbach des sections des versions francophone, anglophone (Yaruss & Quesal, 2016), néerlandaise (Lankman et al., 2015), portugaise (Rocha, Rato, et al., 2020) et suédoise (Lindström et al., 2020)

| OASES-S | Nombre d'items | Version francophone (N = 14) | Version anglophone (N = 75) | Version néerlandaise (N = 101) | Version portugaise (N = 50) | Version suédoise (N = 32) |
|-------------|----------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| Section I | 15 | .37 | .67 | .54 | .84 | .29 |
| A | 4 | -.59 | | .17 | | |
| B | 5 | .42 | | .60 | | |
| C | 6 | .67 | | .46 | | |
| Section II | 20 | .50 | .91 | .86 | .93 | .87 |
| A | 5 | .42 | | .79 | | |
| B | 8 | .47 | | .69 | | |
| C | 7 | .57 | | .71 | | |
| Section III | 15 | .66 | .94 | .90 | .88 | .89 |
| A | 5 | .66 | | .87 | | |
| B | 4 | .28 | | .78 | | |
| C | 3 | .52 | | .59 | | |
| D | 3 | .64 | | .69 | | |
| Section IV | 10 | .88 | .82 | .82 | .88 | .84 |
| A | 3 | .12 | | .57 | | |
| B | 4 | .87 | | .72 | | |
| C | 2 | .73 | | .76 | | |
| Total | 60 | .86 | .95 | .92 | .96 | .89 |

La section IV et le score total des items de l'OASES-S montrent une bonne consistance interne avec des alphas de Cronbach proches des alphas obtenus pour les autres versions validées.

Les autres sections indiquent des alphas de Cronbach plus faibles. La sous-section A (informations générales à propos de ta parole) de la section I montre un alpha de Cronbach interpellant. Après avoir consulté l'orientation des réponses des participants, nous pouvons observer une tendance de réponses basses pour certains items et de réponses hautes pour d'autres. Les alphas obtenus sont, pour la plupart, plus faibles que ceux obtenus dans les autres versions hormis pour la section I où l'alpha est supérieur à celui de la version suédoise et la

section IV où l'alpha est identique à celui de la version portugaise. Ces résultats seront interprétés de manière plus précise dans la partie « discussion » de ce mémoire.

3.2. Analyse de la fidélité test-retest de la version francophone de l'OASES-S

La fidélité test-retest a été évaluée à l'aide d'une corrélation de Spearman entre les scores d'impact de chaque section et du total de l'échelle pour la première administration et la deuxième administration de l'OASES-S. Le tableau 6 indique la moyenne, l'écart-type, l'étendue pour les deux administrations de l'OASES-S. Les corrélations dont le r_s se situe entre .70 et .80 indique une fidélité fiable, lorsque le r_s est supérieur à .90, la fidélité est alors élevée (Christ & Nelson, 2014).

Tableau 6. Moyennes, écarts-types et étendues pour les deux administrations de l'OASES-S

| OASES-S | Première administration (N=14) <i>M (ET)</i> <i>Étendue</i> | Deuxième administration (N=14) <i>M (ET)</i> <i>Étendue</i> |
|-------------|--|--|
| Section I | 2.54 (0.39) 1.73 – 3.14 | 2.45 (0.42) 1.87 – 3.00 |
| Section II | 2.00 (0.36) 1.45 – 2.80 | 1.79 (0.50) 1.10 – 3.05 |
| Section III | 1.69 (0.41) 1.00 – 2.30 | 1.79 (0.65) 1.00 – 3.13 |
| Section IV | 1.67 (0.68) 1.00 – 3.50 | 1.52 (0.49) 1.00 – 2.40 |
| Total | 1.99 (0.36) 1.56 – 2.76 | 1.91 (0.44) 1.29 – 2.80 |

- La corrélation r_s obtenue entre les sections I des deux administrations est : $r_s(12) = .76, p < .001$, soit considérée comme fiable car elle se situe entre .70 et .80, avec une probabilité de dépassement très significative.
- La corrélation r_s obtenue entre les sections II des deux administrations est : $r_s(12) = .71, p = .004$, soit considérée comme fiable car elle se situe entre .70 et .80, avec une probabilité de dépassement significative.
- La corrélation r_s obtenue entre les sections III des deux administrations est : $r_s(12) = .82, p < .001$, soit considérée comme fiable car elle est supérieure à .80, avec une probabilité de dépassement très significative.
- La corrélation r_s obtenue entre les sections IV des deux administrations est : $r_s(12) = .80, p < .001$, soit considérée comme fiable car elle est égale à .80, avec une probabilité de dépassement très significative.
- La corrélation r_s obtenue entre les scores totaux des deux administrations est : $r_s(12) = .88, p < .001$, soit considérée comme élevée car elle se rapproche de .90, avec une probabilité de dépassement très significative.

3.3. Analyse de la validité concourante de la version francophone de l'OASES-S

Pour rappel, la validité concourante permet de vérifier qu'un outil mesure exactement ce qu'il est censé mesurer (Roberts et Priets, 2006 cités par Souza et al., 2017). Des corrélations de Spearman sont réalisées entre l'OASES-S et deux autres échelles. Les valeurs de r_s proches de 1 signifient qu'il y a une corrélation. Lorsqu'elles sont proches de zéro, cela suggère qu'il n'y a pas de corrélation. Les valeurs attendues doivent alors être égales ou supérieures à .70 (Souza et al., 2017).

a) La qualité de vie et l'anxiété

Pour évaluer dans quelle mesure la section III reflète bien les difficultés (d'anxiété) liées à la communication dans la vie de tous les jours, nous avons comparé les scores obtenus à la section III de l'OASES avec le score total du LSAS. Pour cela, nous avons réalisé une corrélation de Spearman. La corrélation r_s entre le score de la section III et le score total du LSAS est : $r_s(12) = .75, p < .001$, soit considérée comme acceptable car elle est supérieure à .70. Ce résultat signifie que les difficultés liées à la communication sont bien mesurées par la section III de l'OASES-S.

b) La qualité de vie spécifique et générale

Afin d'évaluer dans quelle mesure la section IV (qualité de vie) d'une part, et le score total de l'OASES-S d'autre part apprécient la qualité de vie, nous avons calculé des corrélations de Spearman entre ces deux scores et le score total du PedsQL.

- La corrélation r_s entre la section IV de l'OASES-S et le total du PedsQL est : $r_s(12) = .41$, $p = .14$, soit considérée comme plutôt modérée car elle est inférieure à $.70$.
- La corrélation r_s entre le score total de l'OASES-S et le score total du PedsQL est : $r_s(12) = .48$, $p = .08$, soit considérée comme plutôt modérée car elle est également inférieure à $.70$.

Ces résultats signifient que la section IV et le score total de l'OASES-S ne mesurent que modérément la qualité de vie.

4. Analyses des hypothèses exploratoires

4.1. Analyse du lien entre la perception et le vécu du bégaiement par les parents et la qualité de vie de leur enfant

Nous avons émis l'hypothèse que l'impact du bégaiement sur la qualité de vie des enfants serait corrélé à la perception qu'a le parent du bégaiement de son enfant. Pour vérifier cette hypothèse, une corrélation de Spearman a été réalisée entre le score total de l'OASES-S et le score total du Palin PRS. Ensuite, des corrélations de Spearman ont été calculées entre (1) la section II de l'OASES-S (tes réactions face au bégaiement) et la section 1 du Palin PRS (l'impact du bégaiement sur votre enfant) car elles traitent du ressenti et des émotions de l'enfant face au bégaiement (2) la section III de l'OASES-S (la communication dans la vie de tous les jours) et la section 2 du Palin PRS (la sévérité du bégaiement et les préoccupations des parents) qui abordent les difficultés ressenties par l'enfant et par ses parents et (3) la section IV de l'OASES-S (qualité de vie) et la section 3 du Palin PRS (les connaissances des parents et leur confiance dans leur gestion du bégaiement) car ces deux sections traitent de la satisfaction de l'enfant et du parent par rapport à la communication et à la gestion du bégaiement. Aucune corrélation n'est réalisée avec la section I de l'OASES (informations générales) car elle est spécifique aux connaissances qu'ont les enfants de leur bégaiement. Le tableau 7 indique ces différentes corrélations. Des corrélations négatives entre l'OASES-S et le Palin PRS sont attendues car contrairement à l'OASES-S, un impact sévère est démontré par les scores les plus faibles.

Tableau 7. Corrélation de Spearman entre les sections et le score total de l'OASES-S avec les sections et le score total du Palin PRS

| | Palin PRS Section 1 | Palin PRS Section 2 | Palin PRS Section 3 | Total Palin PRS |
|---------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| OASES-S Section II | $r_s(12) = -.59$ $p = .003$ | | | |
| OASES-S Section III | | $r_s(12) = -.07$ $p = .811$ | | |
| OASES-S Section IV | | | $r_s(12) = -.04$ $p = .884$ | |
| Total OASES-S | | | | $r_s(12) = -.30,$ $p = .299$ |

- Une corrélation r_s modérée est obtenue entre la section II de l'OASES-S et la section 1 du Palin PRS, ce qui montre que les réactions de l'enfant par rapport à son bégaiement sont modérément corrélées à l'impact du bégaiement sur l'enfant, estimé par le parent.
- Aucune corrélation significative n'est retrouvée entre la section III de l'OASES-S et la section 2 du Palin PRS et la section IV de l'OASES-S et la section 3 du Palin PRS, ce qui montre qu'aucune relation n'existe entre, d'une part, la communication de l'enfant dans la vie quotidienne et la manière dont les parents perçoivent la sévérité du bégaiement et d'autre part, la qualité de vie chez les enfants et les connaissances et la confiance des parents dans leur gestion du bégaiement.
- Une faible corrélation est obtenue entre les totaux des deux échelles, ce qui signifie que la qualité de vie est faiblement corrélée aux perceptions et au vécu des parents du bégaiement de leur enfant.

4.2. Analyse de la sévérité (SSI-4 et échelle de sévérité de Lidcombe) avec la qualité de vie de l'enfant

Nous avons émis l'hypothèse que l'impact du bégaiement sur la qualité de vie des enfants qui bégaiement serait corrélé à sa sévérité, objectivée par le SSI-4. Pour évaluer cette hypothèse, nous

avons procédé à une corrélation de Spearman entre, d'une part, le score de sévérité obtenu par le SSI-4 et le score total de l'OASES-S et, d'autre part, entre le score de sévérité obtenu par le SSI-4 et chaque section de l'OASES-S. Ensuite, nous avons analysé le lien entre la sévérité du bégaiement obtenue à l'échelle de sévérité de Lidcombe et la qualité de vie de l'enfant. Notre hypothèse était la suivante : l'impact du bégaiement sur la qualité de vie des enfants serait corrélé au score déterminé par le parent, par l'enfant et par un observateur externe à l'échelle de sévérité du bégaiement de Lidcombe. Pour évaluer cette hypothèse, nous avons réalisé des corrélations de Spearman entre les scores indiqués par le parent, par l'enfant et par l'observateur externe avec le score total de l'OASES-S. Le tableau 8 reprend ces différentes corrélations. De plus, le lecteur intéressé peut consulter des corrélations de Spearman supplémentaires réalisées entre le score de sévérité du SSI-4 et les scores du parent, de l'enfant et de l'observateur à l'échelle de sévérité de Lidcombe en annexe 6.

Tableau 8. Corrélations de Spearman entre l'OASES-S et le score de sévérité du SSI-4 et l'échelle de sévérité de Lidcombe

| OASES-S | SSI-4 | Lidcombe parent | Lidcombe m enfant | Lidcombe g enfant | Lidcombe observateur |
|-------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| (N=14) | (N = 13) | (N = 14) | (N = 14) | (N = 14) | (N = 14) |
| Total | $r_s(11,12) = .11,$ $p = .712$ | $r_s(12) = .01,$ $p = .967$ | $r_s(12) = -.06$ $p = .847$ | $r_s(12) = .34,$ $p = .236$ | $r_s(12) = -.21,$ $p = .477$ |
| Section I | $r_s(11,12) = -.018,$ $p = .954$ | | | | |
| Section II | $r_s(11,12) = .05,$ $p = .872$ | | | | |
| Section III | $r_s(11,12) = .04,$ $p = .907$ | | | | |
| Section IV | $r_s(11,12) = .09,$ $p = .773$ | | | | |

Note. Lidcombe m = « maintenant » ; Lidcombe g = « en général »

Aucune corrélation n'est significative entre, d'une part, les scores de sévérité du SSI-4 et les sections de l'OASES-S et, d'autre part, entre le total de l'OASES-S et l'échelle de sévérité de Lidcombe.

DISCUSSION

1. Rappel des objectifs de l'étude, de la méthodologie et des hypothèses

Comme nous avons pu le voir précédemment, de l'anxiété peut être ressentie chez les enfants qui bégaiement et la qualité de vie peut être impactée. Des comportements associés, des sentiments de honte, de frustration liés au bégaiement peuvent être également observés, affectant également la qualité de vie (Guitar, 2014; Klompas & Ross, 2004; Perez & Stoeckle, 2016; Smith et al., 2014; Yaruss, 2010).

L'Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering a été créée (Yaruss & Quesal, 2006) pour permettre d'évaluer la qualité de vie chez les enfants qui bégaiement et de nombreuses traductions dans le monde ont été validées. Ces traductions permettent l'utilisation de cette échelle en tenant compte des aspects culturels du pays et l'obtention d'une évaluation plus précise ainsi qu'une prise en charge individualisée. La version française n'existe pas encore, elle est en cours de validation et permettra l'utilisation de l'échelle dans les pays francophones pour compléter l'évaluation du bégaiement chez l'enfant.

Par conséquent, ce mémoire avait pour objectif de poursuivre la validation de l'OASES-S en français en évaluant les caractéristiques psychométriques de la traduction française. La fidélité test-retest, la validité concurrente et la consistance interne de l'échelle ont été déterminées au moyen de corrélations de Spearman d'une part, et de calculs d'alphas de Cronbach d'autre part. Nous nous sommes ensuite demandée si l'impact de la qualité de vie pouvait être corrélé à la sévérité du bégaiement et si cet impact pouvait également être en relation avec la perception et le vécu du parent par rapport au bégaiement de son enfant.

Afin d'évaluer les caractéristiques psychométriques et de vérifier nos hypothèses, quatorze enfants qui bégaiement, âgés de 7 à 12 ans, ont été recrutés en Belgique et en France. Plusieurs épreuves ont été administrées lors de deux sessions. Tout d'abord, le SSI-4 a permis d'objectiver la sévérité du bégaiement à partir d'un échantillon de paroles de l'enfant et d'une lecture, évaluant la fréquence des disfluences, la durée des trois plus longues disfluences et les comportements concomitants. L'échelle de sévérité de Lidcombe a été proposée à l'enfant après la discussion et la lecture. Ensuite, l'OASES-S, le LSAS (évaluant l'anxiété), le PedsQL (évaluant la qualité de vie en général) et le Palin PRS (évaluant la perception et le vécu du

parent) ont été proposés lors du premier entretien. L'OASES-S a été répétée lors d'un second entretien.

2. Rappel, interprétation et explication des résultats

2.1. Propriétés psychométriques

2.1.1 La consistance interne

Les résultats obtenus suite aux analyses statistiques réalisées ont montré que cette version possède une bonne consistance interne pour la totalité de ses items, démontrant que les items mesurent le même concept. Lorsque nous regardons les sections plus en détail, nous observons une bonne consistance interne pour la section IV. Pour les sections II et III, les alphas de Cronbach peuvent être considérés comme satisfaisants (Streiner, 2003; Terwee et al., 2007). La section I, quant à elle, témoigne d'un alpha de Cronbach plus bas. Les autres versions validées de l'OASES-S (Lankman et al., 2015; Lindström et al., 2020; Rocha, Rato, et al., 2020) ainsi que la version anglophone de référence (Yaruss & Quesal, 2016) ont également obtenu un alpha de Cronbach plus faible dans cette section. Cela signifierait que les items de cette section n'évaluent pas le même concept ou que les réponses indiquées par les enfants ne sont pas cohérentes (Keszei et al., 2010). Nous remarquons que l'alpha le plus bas se situe dans la sous-section B, évaluant les connaissances des enfants de leur bégaiement. C'est également le cas pour la version néerlandaise et la version suédoise de l'OASES-S (Lankman et al., 2015; Lindström et al., 2020). Nous pourrions en déduire que les enfants n'ont pas encore beaucoup de connaissances au sujet de leur bégaiement.

Ensuite, un résultat nous interpelle car il est négatif. Il correspond à l'alpha de Cronbach de la sous-section A (informations générales à propos de ta parole) de la section I (informations générales). Pour comprendre ce résultat, nous avons analysé les réponses indiquées par les enfants pour les items de cette sous-section. Le lecteur intéressé peut consulter les items de cette section sous-section en annexe **7Error! Reference source not found.** Nous remarquons que les réponses aux items 1 et 2 sont plus contrastées que pour celles aux items 3 et 4. En effet, l'item 1 comprend des réponses allant de « toujours » à « rarement » et l'item 2 comprend des réponses allant de « souvent » à « jamais ». Pour l'item 3, les enfants ont tendance à utiliser souvent les techniques et les outils appris en logopédie. Un enfant a indiqué qu'il ne les utilisait que rarement, sa maman a d'ailleurs confirmé sa réponse, il ne s'agit donc pas d'une erreur de compréhension de l'échelle de Likert ou de la question. Pour l'item 4, les enfants ont tendance à toujours dire exactement ce qu'ils souhaitent, même s'ils pensent qu'ils pourraient bégayer.

Quelques enfants ont néanmoins indiqué qu'ils disaient parfois exactement ce qu'ils voulaient dire. Ce contraste pourrait s'expliquer par la conscience du bégaiement qui est peut-être moins présente chez les enfants qui disent toujours ce qu'ils souhaitent, les enfants n'évitent donc pas de parler, ils ne changent pas leurs mots. Cela pourrait également s'expliquer par la durée depuis le moment d'apparition du bégaiement : les enfants qui bégaièrent depuis moins longtemps ne sont peut-être pas encore trop gênés par leur bégaiement et disent toujours ce qu'ils veulent dire. De plus, nous avons porté notre attention sur l'âge des participants. Les enfants qui ont tendance à parfois ne pas dire exactement ce qu'ils veulent dire sont âgés de 7-8 ans ou 11-12 ans. Contrairement à ce que nous aurions pensé, ce ne sont pas uniquement les enfants plus âgés, étant plus conscients de leur bégaiement, qui ne disent pas toujours ce qu'ils veulent exprimer.

Par ailleurs, nous avons remarqué que certains enfants présentaient des difficultés de compréhension du fonctionnement de l'échelle lors des premiers items. Nous avons régulièrement reformulé la question et la réponse de l'enfant pour nous assurer de sa bonne compréhension car plusieurs enfants comprenaient l'échelle de Likert à l'envers en répondant par exemple, « jamais » pour « toujours ». Néanmoins, nous n'avons pas systématiquement vérifié et reformulé car nous n'avons pas toujours observé d'incompréhension de la part des enfants. Certaines réponses fournies par les enfants pour la première sous-section de la section I de l'OASES-S pourraient donc être biaisées et influencer l'alpha de Cronbach.

De manière générale, nous pourrions expliquer nos résultats par un échantillon réduit de participants dans notre étude et peu d'items contenus dans chaque section (Souza et al., 2017). Cependant, la section IV (qualité de vie) comprend moins d'items par rapport aux autres sections mais elle présente une meilleure consistance interne. Après avoir analysé les résultats obtenus pour cette section, nous remarquons que les résultats pour la plupart des enfants sont bas et sont assez homogènes (Streiner, 2003), comparés à la section I, par exemple, où les résultats sont plus contrastés. Cette section est également une mesure précise de la qualité de vie, le concept général de cette échelle.

2.1.2 La fidélité test-retest

La version francophone de l'OASES-S atteste d'une bonne fidélité test-retest. En effet, les corrélations effectuées entre les sections I et II des deux administrations se situent entre .70 et .80 et elles sont supérieures à .80 pour les sections III, IV et les totaux des scores d'impact. La

version validée portugaise a également obtenu une bonne fidélité test-retest (Rocha, Rato, et al., 2020). Dans leur version anglophone, Yaruss & Quesal (2016) ont obtenu des corrélations supérieures aux nôtres, qui se situent entre .90 et .97. Leur échantillon de participants était composé de 20 enfants et les deux administrations se sont déroulées avec un délai de 7 à 14 jours. La fidélité test-retest des sections de la version francophone se rapproche de celles de la version anglophone, les écarts pouvant être expliqués par un échantillon plus petit et des délais de passation plus longs. Les délais prolongés peuvent influencer l'interprétation de la fidélité test-retest (Souza et al., 2017).

Malgré leur bonne fiabilité, les corrélations entre les sections I et II sont un peu plus basses que les autres. Quelques différences sont observées entre les scores d'impact des sections, d'une administration à l'autre. Certaines différences sont minimes, d'autres sont plus importantes et certains scores d'impact des sections sont plus élevés à la seconde passation. Mais les scores totaux d'impact ont tendance à diminuer lors de la seconde passation. Nous pensions observer des scores plutôt différents étant donné le délai élevé pour certains participants, qui s'étendait de 9 jours à 28 jours, l'idéal étant de 10 à 14 jours (Souza et al., 2017). Or, nous ne remarquons pas de différences évidentes pour les participants qui ont représenté l'OASES-S hors délai.

En outre, des augmentations sont observées dans toutes les sections et principalement dans la section III, qui traite de la communication dans la vie de tous les jours. Nous pourrions supposer que l'augmentation des scores soit due à une prise de conscience des enfants de leurs difficultés communicationnelles au quotidien. De plus, nous avons remarqué que certains enfants répondaient aux questions en fonction de la fréquence de bégaiement et non des difficultés ressenties en communiquant. Lorsque nous nous en sommes rendue compte, nous avons reformulé la consigne et quelques enfants ont rectifié leur réponse. Cependant, tout n'a pas été reformulé et certaines réponses ne sont peut-être pas celles que nous attendions, influençant alors le score.

2.1.3 La validité concourante

La version francophone de l'OASES-S présente une bonne validité concourante entre la section III de l'OASES-S et le questionnaire LSAS, mesurant l'anxiété. Cette corrélation signifie que l'anxiété liée à la communication dans la vie de tous les jours est représentée par la section III de l'OASES-S. Étant donné que les enfants présentent fréquemment de l'anxiété liée à leur bégaiement, influençant alors leur qualité de vie (Iverach et al., 2016; Smith et al., 2014), il

semble important que l'OASES-S puisse évaluer ce concept. Par conséquent, ces résultats sont encourageants. En ce qui concerne la qualité de vie, une corrélation modérée est observée entre la section IV et le score total de l'OASES avec le score au PedsQL. Le questionnaire PedsQL évalue la qualité de vie de manière générale, les items étant en effet généraux. L'OASES-S, quant à elle, est une échelle conçue pour évaluer la qualité de vie dans un domaine bien précis, les items sont donc concentrés sur le bégaiement, sur les réactions ressenties et sur les difficultés rencontrées dans des situations de communication. Par conséquent, les items de chaque échelle ne correspondent pas toujours. Pour permettre une meilleure compatibilité entre les deux échelles, nous pourrions proposer aux enfants, d'une part, de répondre normalement aux questions du PedsQL, et d'autre part, de fournir une seconde réponse en tenant compte de leur bégaiement. Ceci serait envisageable pour les trois sections du PedsQL « Au sujet de mes émotions », « Au sujet de mes relations avec les autres » et « Au sujet de l'école » car, comme le relève la littérature, ces composants peuvent être impactés (notamment Choi et al., 2016; Cummins, 2010; Guitar, 2014).

2.2. Hypothèses exploratoires

2.2.1 *La perception et le vécu du bégaiement par les parents et la qualité de vie de leur enfant*

Comme analysé précédemment, une corrélation modérée a été observée entre la section 1 du Palin PRS et la section II de l'OASES-S. Le lien modéré concerne alors les réactions de l'enfant face à son bégaiement et la manière dont le parent perçoit l'impact du bégaiement de son enfant. Notre hypothèse de départ était « l'impact du bégaiement sur la qualité de vie des enfants serait corrélé à la perception qu'a le parent du bégaiement de son enfant ». Nous pouvons donc vérifier notre hypothèse seulement pour ce qui concerne les réactions de l'enfant face à son bégaiement. Nous avons effectivement vu que la manière dont le parent perçoit l'impact du bégaiement de son enfant peut être liée à la manière dont l'enfant va réagir à son bégaiement (Rocha, Yaruss, et al., 2020). Par contre, aucune corrélation n'a pu être observée entre les autres sections du Palin PRS et celles de l'OASES-S. Une corrélation faible a été observée entre les totaux des deux échelles, une faible relation existe alors entre la qualité de vie de l'enfant et les perceptions des parents de son bégaiement. Il serait intéressant d'obtenir un échantillon plus grand afin d'observer si cette corrélation devient plus importante.

2.2.2 *La sévérité du bégaiement et la qualité de vie de l'enfant*

Aucune corrélation significative n'a été observée entre les scores aux échelles de sévérité du bégaiement (SSI-4 et échelle de sévérité de Lidcombe) avec l'OASES-S. Pourtant, Lankman et al. (2015) ont obtenu des corrélations modérées avec les mesures de la sévérité utilisées dans leur version néerlandaise de l'OASES-S. Il est important de préciser que leur échantillon était composé de 99 enfants. Lankman et al. (2015) ont utilisé une échelle à trois points (1 = léger, 2 = modéré, 3 = sévère) où des experts ont évalué la sévérité du bégaiement en tenant compte des aspects émotionnels, cognitifs, moteurs et sociaux des enfants. Ils ont peut-être obtenu des résultats plus fiables grâce à leur expertise, en plus de la taille de leur échantillon.

a) Qualité de vie et sévérité du bégaiement objectivée par le SSI-4

Notre hypothèse de départ était que « l'impact du bégaiement sur la qualité de vie des enfants serait corrélé à sa sévérité, objectivée par le SSI-4 ». En observant les résultats bruts, nous avons remarqué que les scores obtenus au SSI-4 étaient plus élevés lorsque l'impact du bégaiement sur la qualité de vie était plus important. Cependant, suite à nos résultats obtenus dans notre étude, la sévérité du bégaiement ne semblerait pas liée à la qualité de vie des enfants. Beilby (2014) a précisé qu'il n'existait pas de lien entre l'impact du bégaiement et sa fréquence, composant intrinsèque du SSI-4. Pourtant, Chun et al. (2010) ont indiqué qu'un lien existe entre la sévérité du bégaiement et l'impact sur la qualité de vie. Néanmoins, leur échantillon était encore plus réduit car il était composé de sept enfants. Ces avancées sont donc à prendre avec précaution. Par ailleurs, le SSI-4 a une part de subjectivité et notre analyse des comportements concomitants présents dans le discours de l'enfant et de la durée des trois plus longues disfluences n'était peut-être pas assez précise et fine de par notre manque d'expérience dans le domaine.

b) Qualité de vie et l'échelle de sévérité de Lidcombe

Notre hypothèse de départ était « l'impact du bégaiement sur la qualité de vie des enfants qui bégaiement serait corrélé au score déterminé par le parent, par l'enfant et par un observateur externe à l'échelle de sévérité du bégaiement de Lidcombe », cette hypothèse n'est également pas confirmée. Étant donné qu'aucune corrélation n'a été retrouvée avec la mesure objective de la sévérité du bégaiement, cela aurait été étonnant de retrouver une corrélation avec la mesure subjective. Plusieurs éléments peuvent expliquer cette absence de corrélation.

Concernant l'attribution de notre cote en tant qu'observateur, étant donné qu'il s'agissait de nos premières utilisations de l'échelle et de nos premières rencontres avec une population d'enfants qui bégaiement, nous avons éprouvé quelques difficultés à évaluer la sévérité du bégaiement. Nous avons tendance à attribuer une cote en fonction de la cote attribuée aux autres enfants et à comparer le discours des autres enfants. Nos cotes ne seraient donc pas représentatives de la sévérité du bégaiement. Un écart peut donc exister entre notre cote et la sévérité du bégaiement de l'enfant évaluée par un expert. À l'avenir il serait intéressant de proposer l'échelle de sévérité à un observateur aguerri et de vérifier à nouveau notre hypothèse.

D'après nos observations, lorsque l'impact du bégaiement sur la qualité de vie est léger à modéré, les cotes attribuées par les enfants se situent entre 4 et 5 sur l'échelle de sévérité de Lidcombe. Cela indique qu'un impact plus faible n'est pas synonyme d'une sévérité plus légère également (Beilby, 2014). Ensuite, selon la littérature, plus les enfants grandissent et plus ils sont conscients de leur bégaiement (Boey et al., 2009). Les cotes indiquées par les enfants devraient donc être représentatives. Néanmoins, le moment d'apparition du bégaiement joue également sur la conscience de l'enfant (Boey et al., 2009). Dès lors, il serait intéressant d'observer s'il existe une différence entre les enfants qui bégaiement depuis plus longtemps par rapport aux enfants dont le bégaiement est apparu plus récemment. Nous remarquons également que la plupart des enfants ont indiqué une cote plus élevée lorsqu'ils ont évalué la sévérité de leur bégaiement à l'instant présent. Nous supposerions qu'ils ont ressenti plus d'anxiété en nous rencontrant pour la première fois, derrière un écran ou en face à face.

Enfin, comme indiqué précédemment, nous n'observons pas de relation entre la sévérité du bégaiement de l'enfant relevée par le parent et l'impact du bégaiement sur la qualité de vie de l'enfant. Dans les données brutes, nous observons pourtant que plusieurs cotes déterminées par les parents semblent plutôt correspondre aux scores d'impact du bégaiement sur la qualité de vie chez les enfants. Ainsi, plusieurs parents ont indiqué un score assez bas pour un impact léger à modéré ou une cote moyenne pour un impact modéré. Cette absence de corrélation pourrait s'expliquer par notre petit échantillon. D'ailleurs, nous n'observons pas non plus de corrélation entre l'OASES-S et la section 2 du Palin PRS qui concernait la sévérité du bégaiement et les préoccupations des parents.

3. Présentation des implications théoriques/pratiques/cliniques et perspectives de recherche

Cette étude a permis l'avancée de la validation de la version francophone de l'OASES-S. Elle a mis en avant le fait que, d'une part, l'OASES-S possède une bonne consistance interne pour la totalité de ses items et ceux de la section IV et, d'autre part, que l'OASES-S soit un questionnaire fiable et valide concernant la mesure de l'anxiété malgré un petit échantillon de participants. Nos résultats ont montré qu'il serait intéressant de poursuivre la validation afin d'obtenir des résultats plus robustes concernant la consistance interne pour les sections I, II et III et la validité concourante du point de vue de la qualité de vie.

En nuanciant ces propos, nous pourrions poursuivre les recherches sur la relation modérée retrouvée entre la perception des parents de l'impact du bégaiement de leur enfant avec les réactions des enfants à leur bégaiement (Rocha, Yaruss, et al., 2020). De par l'absence de corrélation, elle a aussi aiguillé l'opposition observée entre les auteurs concernant la relation entre la sévérité du bégaiement et la qualité de vie chez les enfants (Beilby, 2014; Chun et al., 2010). Il serait intéressant de poursuivre ces recherches avec un échantillon plus important.

Pour aller plus loin, nous pourrions suggérer d'associer nos résultats à ceux obtenus lors de l'étude précédente de validation de la version francophone de l'OASES-S (Gantier, 2018). Nous pourrions observer si nos résultats s'améliorent lorsque l'échantillon augmente, composé alors de 27 enfants âgés de 7 à 12 ans qui bégaiement. Nous pourrions également comparer nos résultats à ceux obtenus au Canada étant donné qu'il s'agit d'une étude internationale. Enfin, nous pourrions étudier la conscience qu'ont les enfants de leur bégaiement afin d'observer une éventuelle influence sur les résultats obtenus à nos hypothèses exploratoires en prenant alors en compte la durée depuis le moment d'apparition du bégaiement et l'avancée dans la prise en charge.

4. Limites de l'étude

Plusieurs limites et biais méthodologiques sont présents dans cette étude, à commencer par la taille réduite de notre échantillon, mentionnée à plusieurs reprises dans cette dernière partie. Une seconde limite concerne le mode d'administration des différents questionnaires avec la présence ou non d'un parent. Nos entretiens se sont réalisés selon deux méthodes de passation différentes : soit en présentiel, soit en visioconférence. Lors du premier entretien, nous avons

rencontré cinq enfants en présentiel et neuf enfants en visioconférence. Lors du second entretien, onze enfants ont été vus en visioconférence et trois enfants en présentiel. Avec six participants, les entretiens se sont donc déroulés en alternance, le premier entretien s'est réalisé en présentiel et le second en visioconférence. En présentiel, nous étions plus rarement seule avec l'enfant. Lorsqu'ils étaient accompagnés, les enfants étaient entourés d'un parent (principalement la mère) et parfois d'autres membres de la famille, comme la fratrie. De plus, les lieux où nous nous trouvions n'étaient pas toujours appropriés par manque de calme. Par contre, en visioconférence, les enfants étaient la plupart du temps seuls, trois enfants sur neuf étaient accompagnés d'un parent qui était soit simplement présent dans la même pièce soit assis à côté de l'enfant. Nous pourrions alors penser que le mode d'administration ait influencé la présence ou non d'un parent. En général, les enfants accompagnés l'étaient à leur demande ou à la demande du parent. Pour les enfants accompagnés, quel que soit le mode d'administration, nous avons pu remarquer que certains parents se questionnaient sur la réponse donnée par l'enfant. Certains parents avaient tendance à sous-estimer, d'autres à surestimer la réponse de l'enfant. Quelques enfants avaient tendance à être d'accord avec le parent et à parfois, modifier leur réponse. Nous avons ensuite eu le sentiment que certains enfants ne répondaient pas honnêtement pour protéger leur parent d'une réponse difficile à entendre. Plusieurs parents ont également aidé leur enfant qui avait des difficultés à répondre, en les faisant réfléchir à différentes situations du quotidien ou en fournissant des exemples. Par conséquent, nous supposerions que la présence d'un parent aurait eu une influence sur les résultats obtenus par l'enfant. Les auteurs ont relevé dans des études précédentes que les parents pouvaient être influencés par l'envie de fournir une réponse attendue par le thérapeute ou socialement acceptable (Merydith et al., 2003; Rocha, Yaruss, et al., 2020). À l'avenir, nous pourrions annoncer d'emblée que les entretiens se déroulent sans accompagnant afin d'éviter une quelconque influence dans les réponses de l'enfant.

Une troisième limite mise en lumière concerne la compréhension des questions du questionnaire de l'OASES-S par les enfants. Nous avons régulièrement reformulé les mêmes items qui n'étaient pas compris. Par exemple, l'item 4 de la section I « Quand dis-tu exactement ce que tu veux dire, même si tu penses que tu pourrais bégayer » n'était pratiquement jamais compris aussitôt. La question générale de la sous-section A dans la section IV, « À quel point ta vie est-elle affectée négativement par... », était également plus difficile à comprendre pour les plus jeunes enfants. Concernant l'item 15 de la section I, à savoir « En général, comment te sens-tu par rapport aux groupes de support ou d'aide pour les enfants qui bégayaient », les enfants

ne savaient pas toujours ce qu'ils pouvaient répondre car ils avaient pour la plupart, indiqué précédemment qu'ils ne connaissaient pas de groupes d'aide pour les enfants qui bégaièrent. Lorsque les enfants ne savaient pas répondre, nous laissions la question en suspens afin d'éviter d'influencer les résultats en indiquant un chiffre. Néanmoins, nous reformulions lorsque l'enfant déclarait une incompréhension ou lorsque nous l'observions mais nous n'avons pas systématiquement reformulé et vérifié la compréhension des items pour tous les enfants. Nous supposerions alors que les réponses fournies n'étaient pas exactes. Nous proposerions pour la suite de la validation francophone de l'OASES-S de soit réviser ces items si ces observations se sont répétées antérieurement, soit de proposer une reformulation directement après la lecture de l'item.

La quatrième limite concerne les informations anamnestiques des enfants. Nous avons en effet obtenu plusieurs informations comme la durée depuis le moment d'apparition du bégaiement, la présence de bégaiement chez un autre membre de la famille et le stade d'avancement de la prise en charge. Comme nous avons pu le voir dans la littérature, les parents qui bégaièrent perçoivent l'impact du bégaiement de leur enfant de manière différente que les parents qui ne bégaièrent pas (Rocha, Yaruss, et al., 2020). Nous pourrions alors supposer que des résultats différents auraient été observés si cet élément avait été pris en compte. Lankman et al. (2015) ont également relevé que les enfants qui bégaièrent ne sont pas tous au même stade de leur prise en charge. Nous avons effectivement pu l'observer dans les données anamnestiques. Par conséquent, nous pourrions admettre que les résultats aient été influencés par le stade d'avancement de leur prise en charge. Il serait alors intéressant de tenir compte de ces informations pour la suite de la validation.

Enfin, la cinquième limite implique le protocole de passation et plus précisément, la durée du premier entretien. Nous avons remarqué une fatigabilité et une lassitude de la part des enfants après la discussion et les deux premiers questionnaires. D'ailleurs, à la demande de quelques parents dont l'entretien se déroulait en visioconférence, nous avons réparti les questionnaires sur les deux entretiens afin d'éviter un temps trop important devant l'écran. Nous réalisons alors l'OASES-S et le LSAS pour le premier entretien, puis lors du second entretien, nous proposons à nouveau l'OASES-S pour terminer avec le PedsQL. Cet aménagement nous semblait plus adéquat pour les enfants, tant au niveau de leur concentration que de la précision de leur réponse. Pour la suite de la validation de l'OASES-S, nous pourrions suggérer d'adapter la durée des passations de cette manière.

CONCLUSION

Ce mémoire avait pour objectif de poursuivre la validation de la version francophone de l'Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering chez les enfants âgés de 7 à 12 ans qui bégaiement. Pour mener à bien cette validation, les propriétés psychométriques de cette échelle ont été évaluées et trois hypothèses exploratoires ont été émises :

- L'impact du bégaiement sur la qualité de vie des enfants serait corrélé à sa sévérité, objectivée par le SSI-4 ;
- L'impact du bégaiement sur la qualité de vie des enfants serait corrélé au score déterminé par le parent, par l'enfant et par l'observateur externe à l'échelle de sévérité du bégaiement de Lidcombe ;
- L'impact du bégaiement sur la qualité de vie des enfants serait corrélé à la perception et le vécu qu'a le parent du bégaiement de son enfant.

Nos résultats ont indiqué que la version francophone de l'OASES-S présente une bonne fidélité test-retest, une bonne consistance interne globale et une validité concourante élevée au sujet de l'anxiété mesurée par l'échelle. Cependant, nos hypothèses exploratoires n'ont pas eu la possibilité d'être confirmées. En effet, aucune corrélation n'est observée entre l'impact du bégaiement sur la qualité de vie des enfants et sa sévérité, mesurée tant par le SSI-4 que par l'échelle de sévérité de Lidcombe. Seule une corrélation modérée est obtenue entre les réactions de l'enfant par rapport à son bégaiement et la perception de l'impact du bégaiement sur l'enfant, estimée par le parent.

Plusieurs limites et biais méthodologiques mis en évidence sont susceptibles d'expliquer nos résultats. D'une part, notre petit échantillon est un élément fondamental ayant influencé nos résultats, d'autre part la présence des parents, l'incompréhension de certaines questions, les informations anamnestiques et la longueur du protocole auraient également pu influencer les réponses des enfants. De plus, il serait également intéressant de comparer nos résultats à ceux obtenus par Gantier (2018) et ceux obtenus au Canada.

En conclusion, nous retiendrons de cette étude que la version francophone de l'OASES-S est déjà une échelle fiable et que les résultats obtenus encouragent à poursuivre la validation de cette version francophone de l'OASES-S.

RÉFÉRENCES

- Ambrose, N. G., Yairi, E., Loucks, T. M., Seery, C. H., & Throneburg, R. (2015). Relation of motor, linguistic and temperament factors in epidemiologic subtypes of persistent and recovered stuttering : Initial findings. *Journal of Fluency Disorders*, *45*, 12-26.
<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2015.05.004>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2021a). *Stuttering*. Retrieved July 15, 2022, from <https://www.asha.org/public/speech/disorders/stuttering/>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2021b). *Telepractice : Practice portal*. Retrieved July 15, 2022, from <https://www.asha.org/practice-portal/professional-issues/telepractice>
- Beilby, J. (2014). Psychosocial Impact of Living with a Stuttering Disorder : Knowing Is Not Enough. *Seminars in Speech and Language*, *35*(02), 132-143.
<https://doi.org/10.1055/s-0034-1371756>
- Bernardini, S., Vanryckeghem, M., Brutten, G. J., Cocco, L., & Zmarich, C. (2009). Communication attitude of Italian children who do and do not stutter. *Journal of Communication Disorders*, *42*(2), 155-161.
<https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2008.10.003>
- Blood, G. W., & Blood, I. M. (2004). Bullying in Adolescents Who Stutter : Communicative Competence and Self-Esteem. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, *31*(Spring), 69-79. https://doi.org/10.1044/cicsd_31_S_69
- Blood, G. W., & Blood, I. M. (2007). Preliminary Study of Self-Reported Experience of Physical Aggression and Bullying of Boys Who Stutter : Relation to Increased Anxiety. *Perceptual and Motor Skills*, *104*(3_suppl), 1060-1066.
<https://doi.org/10.2466/pms.104.4.1060-1066>
- Blood, G. W., Blood, I. M., Tramontana, G. M., Sylvia, A. J., Boyle, M. P., & Motzko, G. R. (2011). Self-Reported Experience of Bullying of Students Who Stutter : Relations

- with Life Satisfaction, Life Orientation, and Self-Esteem. *Perceptual and Motor Skills*, 113(2), 353-364. <https://doi.org/10.2466/07.10.15.17.PMS.113.5.353-364>
- Bloodstein, O., Ratner, N. B., & Brundage, S. B. (2021). *A handbook of stuttering* (Seventh edition). Plural Publishing, Inc.
- Blumgart, E., Tran, Y., & Craig, A. (2010). Social anxiety disorder in adults who stutter. *Depression and Anxiety*, 27(7), 687-692. <https://doi.org/10.1002/da.20657>
- Blumgart, E., Tran, Y., Scott Yaruss, J., & Craig, A. (2012). Australian normative data for the Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 37(2), 83-90. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.12.002>
- Boey, R. A., Van de Heyning, P. H., Wuyts, F. L., Heylen, L., Stoop, R., & De Bodt, M. S. (2009). Awareness and reactions of young stuttering children aged 2–7 years old towards their speech disfluency. *Journal of Communication Disorders*, 42(5), 334-346. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2009.03.002>
- Bothe, A. K., & Richardson, J. D. (2011). Statistical, Practical, Clinical, and Personal Significance : Definitions and Applications in Speech-Language Pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20(3), 233-242. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2011/10-0034\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2011/10-0034))
- 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
- Bragatto, E. L., Osborn, E., Yaruss, J. S., Quesal, R., Schiefer, A. M., & Chiari, B. M. (2012). Brazilian version of the Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering—Adults protocol (OASES-A). *Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 24(2), 145-151. <https://doi.org/10.1590/S2179-64912012000200010>

- Brousse, C., & Boisaubert, B. (2007). La qualité de vie et ses mesures. *La Revue de Médecine Interne*, 28(7), 458-462. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2007.02.010>
- 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>
- Chang, S.-E., Horwitz, B., Ostuni, J., Reynolds, R., & Ludlow, C. L. (2011). Evidence of Left Inferior Frontal–Premotor Structural and Functional Connectivity Deficits in Adults Who Stutter. *Cerebral Cortex*, 21(11), 2507-2518. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhr028>
- Choi, D., Conture, E. G., Walden, T. A., Jones, R. M., & Kim, H. (2016). Emotional Diathesis, Emotional Stress, and Childhood Stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 59(4), 616-630. https://doi.org/10.1044/2015_JSLHR-S-14-0357
- Christ, T. J., & Nelson, P. M. (2014). Developing and evaluating screening systems : Practical and psychometric considerations. In R. J. Kettler, T. A. Glover, C. A. Albers, & K. A. Feeney-Kettler (Éds.), *Universal screening in educational settings : Evidence-based decision making for schools*. (p. 79-110). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14316-004>
- Chun, R. Y. S., Mendes, C. D., Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2010). The impact of stuttering on quality of life of children and adolescents. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 22(4), 567-570. <https://doi.org/10.1590/S0104-56872010000400035>
- Clark, C. E., Conture, E. G., Frankel, C. B., & Walden, T. A. (2012). Communicative and psychological dimensions of the KiddyCAT. *Journal of Communication Disorders*, 45(3), 223-234. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2012.01.002>

- Craig, A. (1998). Relapse following treatment for stuttering : A critical review and correlative data. *Journal of Fluency Disorders*, 23(1), 1-30. [https://doi.org/10.1016/S0094-730X\(97\)00027-2](https://doi.org/10.1016/S0094-730X(97)00027-2)
- Craig, A., Blumgart, E., & Tran, Y. (2009). The impact of stuttering on the quality of life in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 34(2), 61-71. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.05.002>
- 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>
- Craig, A., Tran, Y., & Craig, M. (2003). Stereotypes towards Stuttering for Those Who Have Never Had Direct Contact with People Who Stutter : A Randomized and Stratified Study. *Perceptual and Motor Skills*, 97(1), 235-245. <https://doi.org/10.2466/pms.2003.97.1.235>
- Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., & American Psychiatric Association. (2016). *DSM-5 ® : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.
- Cummins, R. A. (2010). Fluency disorders and life quality : Subjective wellbeing vs. health-related quality of life. *Journal of Fluency Disorders*, 35(3), 161-172. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2010.05.009>
- Dekhtyar, M., Braun, E. J., Billot, A., Foo, L., & Kiran, S. (2020). Videoconference Administration of the Western Aphasia Battery–Revised : Feasibility and Validity. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(2), 673-687. https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-19-00023
- de Sonnevile-Koedoot, C., Stolk, E. A., Raat, H., Bouwmans-Frijters, C., & Franken, M.-C. (2014). Health-related quality of life of preschool children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 42, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2014.09.001>

- Eggers, K., Millard, S., & Kelman, E. (2021). Temperament and the Impact of Stuttering in Children Aged 8–14 Years. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *64*(2), 417-432. https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-20-00095
- Erickson, S., & Block, S. (2013). The social and communication impact of stuttering on adolescents and their families. *Journal of Fluency Disorders*, *38*(4), 311-324. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.09.003>
- Etchell, A. C., Civier, O., Ballard, K. J., & Sowman, P. F. (2018). A systematic literature review of neuroimaging research on developmental stuttering between 1995 and 2016. *Journal of Fluency Disorders*, *55*, 6-45. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.03.007>
- Ezrati-Vinacour, R., Platzky, R., & Yairi, E. (2001). The Young Child's Awareness of Stuttering-Like Disfluency. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *44*(2), 368-380. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2001/030\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2001/030))
- Feeny, D., Furlong, W., Torrance, G. W., Goldsmith, C. H., Zhu, Z., Depauw, S., Denton, M., & Boyle, M. (2002). Multiattribute and Single-Attribute Utility Functions for the Health Utilities Index Mark 3 System: *Medical Care*, *40*(2), 113-128. <https://doi.org/10.1097/00005650-200202000-00006>
- Franic, D. M., & Bothe, A. K. (2008). Psychometric Evaluation of Condition-Specific Instruments Used to Assess Health-Related Quality of Life, Attitudes, and Related Constructs in Stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *17*(1), 60-80. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2008/006\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2008/006))
- Freckmann, A., Hines, M., & Lincoln, M. (2017). Clinicians' perspectives of therapeutic alliance in face-to-face and telepractice speech–language pathology sessions. *International Journal of Speech-Language Pathology*, *19*(3), 287-296. <https://doi.org/10.1080/17549507.2017.1292547>
- Gantier, P. (2018). *Validation de la version francophone de l'échelle "Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering for school-age children" (OASES-S)*. [Master's thesis], Université de Liège. MatheO. <https://matheo.uliege.be/handle/2268.2/5670>

- Grillo, E. U. (2019). Building a Successful Voice Telepractice Program. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 4(1), 100-110. https://doi.org/10.1044/2018_PERS-SIG3-2018-0014
- Guiberson, M., Rodríguez, B. L., & Zajacova, A. (2015). Accuracy of Telehealth-Administered Measures to Screen Language in Spanish-Speaking Preschoolers. *Telemedicine and E-Health*, 21(9), 714-720. <https://doi.org/10.1089/tmj.2014.0190>
- Guitar, B. (2014). *Stuttering : An integrated approach to its nature and treatment* (4th ed). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Guitar, B., & Conture, E. (2013). the child who stutters : To the pediatrician (5th edition). *Stuttering Foundation of America*, 0023, 20.
- Gunn, A., Menzies, R. G., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., Lowe, R., Iverach, L., Heard, R., & Block, S. (2014). Axis I anxiety and mental health disorders among stuttering adolescents. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 58-68. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.09.002>
- Guttormsen, L. S., Kefalianos, E., & Næss, K.-A. B. (2015). Communication attitudes in children who stutter : A meta-analytic review. *Journal of Fluency Disorders*, 46, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2015.08.001>
- Hancock, K., & Craig, A. (1998). Predictors of stuttering relapse one year following treatment for children aged 9 to 14 years. *Journal of Fluency Disorders*, 23(1), 31-48. [https://doi.org/10.1016/S0094-730X\(97\)00028-4](https://doi.org/10.1016/S0094-730X(97)00028-4)
- Hodge, M. A., Sutherland, R., Jeng, K., Bale, G., Batta, P., Cambridge, A., Detheridge, J., Drevensek, S., Edwards, L., Everett, M., Ganesalingam, C., Geier, P., Kass, C., Mathieson, S., McCabe, M., Micallef, K., Molomby, K., Pfeiffer, S., Pope, S., ... Silove, N. (2019). Literacy Assessment Via Telepractice Is Comparable to Face-to-Face Assessment in Children with Reading Difficulties Living in Rural Australia. *Telemedicine and E-Health*, 25(4), 279-287. <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0049>

- Iverach, L., Jones, M., McLellan, L. F., Lyneham, H. J., Menzies, R. G., Onslow, M., & Rapee, R. M. (2016). Prevalence of anxiety disorders among children who stutter. *Journal of Fluency Disorders, 49*, 13-28. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2016.07.002>
- Iverach, L., Lowe, R., Jones, M., O'Brian, S., Menzies, R. G., Packman, A., & Onslow, M. (2017). A speech and psychological profile of treatment-seeking adolescents who stutter. *Journal of Fluency Disorders, 51*, 24-38. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2016.11.001>
- 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>
- Kawai, N., Healey, E. C., Nagasawa, T., & Vanryckeghem, M. (2012). Communication attitudes of Japanese school-age children who stutter. *Journal of Communication Disorders, 45*(5), 348-354. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2012.05.004>
- Keszei, A. P., Novak, M., & Streiner, D. L. (2010). Introduction to health measurement scales. *Journal of Psychosomatic Research, 68*(4), 319-323. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.006>
- Klompas, M., & Ross, E. (2004). Life experiences of people who stutter, and the perceived impact of stuttering on quality of life : Personal accounts of South African individuals. *Journal of Fluency Disorders, 29*(4), 275-305. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2004.10.001>
- Kloth, S. A. M., Kraaimaat, F. W., Janssen, P., & Bruten, G. J. (1999). Persistence and remission of incipient stuttering among high-risk children. *Journal of Fluency Disorders, 24*(4), 253-265. [https://doi.org/10.1016/S0094-730X\(99\)00016-9](https://doi.org/10.1016/S0094-730X(99)00016-9)
- Koedoot, C., Bouwmans, C., Franken, M.-C., & Stolk, E. (2011). Quality of life in adults who stutter. *Journal of Communication Disorders, 44*(4), 429-443. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2011.02.002>

- Langevin, M., Packman, A., & Onslow, M. (2009). Peer Responses to Stuttering in the Preschool Setting. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *18*(3), 264-276. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2009/07-0087\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2009/07-0087))
- Langevin, M., Packman, A., & Onslow, M. (2010). Parent perceptions of the impact of stuttering on their preschoolers and themselves. *Journal of Communication Disorders*, *43*(5), 407-423. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2010.05.003>
- Lankman, R. S., Yaruss, J. S., & Franken, M.-C. (2015). Validation and evaluation of the Dutch translation of the Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering for School-age children (OASES-S-D). *Journal of Fluency Disorders*, *45*, 27-37. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2015.05.003>
- Laurencelle, L. (2021). L'alpha de Cronbach, ses émules, la consistance interne, la fidélité : Une mise au point. *The Quantitative Methods for Psychology*, *17*(1), 46-50. <https://doi.org/10.20982/tqmp.17.1.p046>
- Lindström, E., Nilsson, E., Nilsson, J., Schödin, I., Strömberg, N., Österberg, S., Yaruss, J. S., & Samson, I. (2020). Swedish outcomes of the Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering in an international perspective. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, *45*(4), 181-189. <https://doi.org/10.1080/14015439.2019.1695930>
- Logan, K. J., & Yaruss, J. S. (1999). Helping Parents Address Attitudinal and Emotional Factors With Young Children Who Stutter. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, *26*(Spring), 69-81. https://doi.org/10.1044/cicsd_26_S_69
- Lowe, R., O'Brian, S., & Onslow, M. (2013). Review of Telehealth Stuttering Management. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, *65*(5), 223-238. <https://doi.org/10.1159/000357708>
- MacKinnon, S. P., Hall, S., & MacIntyre, P. D. (2007). Origins of the stuttering stereotype : Stereotype formation through anchoring–adjustment. *Journal of Fluency Disorders*, *32*(4), 297-309. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2007.03.003>

- Mann, M. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research, 19*(4), 357-372. <https://doi.org/10.1093/her/cyg041>
- Mashima, P. A., & Doarn, C. R. (2008). Overview of Telehealth Activities in Speech-Language Pathology. *Telemedicine and E-Health, 14*(10), 1101-1117. <https://doi.org/10.1089/tmj.2008.0080>
- Mayer, M. (1969). *Frog, where are you?* Dial Books for Young Readers.
- McGill, M., Noureal, N., & Siegel, J. (2019). Telepractice Treatment of Stuttering : A Systematic Review. *Telemedicine and E-Health, 25*(5), 359-368. <https://doi.org/10.1089/tmj.2017.0319>
- McGill, M., Siegel, J., & Noureal, N. (2021). A Preliminary Comparison of In-Person and Telepractice Evaluations of Stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology, 30*(4), 1737-1749. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-19-00215
- Merydith, S. P., Prout, H. T., & Blaha, J. (2003). Social desirability and behavior rating scales : An exploratory study with the Child Behavior Checklist/4-18. *Psychology in the Schools, 40*(2), 225-235. <https://doi.org/10.1002/pits.10077>
- Messenger, M., Packman, A., Onslow, M., Menzies, R., & O'Brian, S. (2015). Children and adolescents who stutter : Further investigation of anxiety. *Journal of Fluency Disorders, 46*, 15-23. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2015.07.006>
- Millard, S. K., & Davis, S. (2016). The Palin Parent Rating Scales : Parents' Perspectives of Childhood Stuttering and Its Impact. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 59*(5), 950-963. https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-S-14-0137
- O'Moore, M., & Kirkham, C. (2001). Self-esteem and its relationship to bullying behaviour. *Aggressive Behavior, 27*(4), 269-283. <https://doi.org/10.1002/ab.1010>
- Onslow, M. (2018). *Stuttering and its' treatment : Eleven lectures.*

- Packman, A. (2013). La cause du bégaiement de l'enfant. *Enfance*, 2013(03), 207-216.
<https://doi.org/10.4074/S0013754513003030>
- Packman, A., & Grant, M. (2011). Technology and the evolution of clinical methods for stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 36(2), 75-85.
<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.02.005>
- Perez, H. R., & Stoeckle, J. H. (2016). *Clinical and research update*. 62, 6.
- Piéart, B. (2018). *Neuropsychologie du bégaiement*. Mardaga supérieur.
- Pietraszek, M., Łockiewicz, M., & Jankowska, A. (2017). Coping with stress in adults with speech fluency disorders. *Current Issues in Personality Psychology*, 2, 143-148.
<https://doi.org/10.5114/cipp.2017.64489>
- Raat, H. (2005). Reliability and validity of the short form of the child health questionnaire for parents (CHQ-PF28) in large random school based and general population samples. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(1), 75-82.
<https://doi.org/10.1136/jech.2003.012914>
- Raat, H., Landgraf, J. M., Oostenbrink, R., Moll, H. A., & Essink-Bot, M.-L. (2007). Reliability and validity of the Infant and Toddler Quality of Life Questionnaire (ITQOL) in a general population and respiratory disease sample. *Quality of Life Research*, 16(3), 445-460. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-9134-8>
- Rocha, M., Rato, J. R., & Yaruss, J. S. (2020). The impact of stuttering on Portuguese school-age children as measured by the OASES-S. *Speech, Language and Hearing*, 1-10.
<https://doi.org/10.1080/2050571X.2020.1751427>
- Rocha, M., Yaruss, J. S., & Rato, J. R. (2020). Stuttering Impact : A Shared Perception for Parents and Children? *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 72(6), 478-486.
<https://doi.org/10.1159/000504221>

- Ryan, B. P. (2001). A longitudinal study of articulation, language, rate, and fluency of 22 preschool children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 26(2), 107-127.
[https://doi.org/10.1016/S0094-730X\(01\)00095-X](https://doi.org/10.1016/S0094-730X(01)00095-X)
- Sakai, N., Chu, S. Y., Mori, K., & Yaruss, J. S. (2017). The Japanese version of the overall assessment of the speaker's experience of stuttering for adults (OASES-A-J) : Translation and psychometric evaluation. *Journal of Fluency Disorders*, 51, 50-59.
<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2016.11.002>
- Schmits, E., Heeren, A., & Quertemont, E. (2014). The self-report Version of the LSAS-CA : Psychometric Properties of the French Version in a non-clinical adolescent sample. *Psychologica Belgica*, 54(2), 181-198. <https://doi.org/10.5334/pb.al>
- Smith, K. A., Iverach, L., O'Brian, S., Kefalianos, E., & Reilly, S. (2014). Anxiety of children and adolescents who stutter : A review. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 22-34.
<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2014.01.003>
- Souza, A. C. de, Alexandre, N. M. C., Guirardello, E. de B., Souza, A. C. de, Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. de B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos : Avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(3), 649-659. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>
- Spear, L. P. (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 24(4), 417-463.
[https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(00\)00014-2](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(00)00014-2)
- Streiner, D. L. (2003). Starting at the Beginning : An Introduction to Coefficient Alpha and Internal Consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 99-103.
https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_18
- Sugathan, N., & Maruthy, S. (2021). Predictive factors for persistence and recovery of stuttering in children : A systematic review. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 23(4), 359-371.
<https://doi.org/10.1080/17549507.2020.1812718>

- Terwee, C. B., Bot, S. D. M., de Boer, M. R., van der Windt, D. A. W. M., Knol, D. L., Dekker, J., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. W. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, *60*(1), 34-42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>
- Theodoros, D. (2012). A new era in speech-language pathology practice : Innovation and diversification*. *International Journal of Speech-Language Pathology*, *14*(3), 189-199. <https://doi.org/10.3109/17549507.2011.639390>
- Theys, C., van Wieringen, A., Sunaert, S., Thijs, V., & De Nil, L. F. (2011). A one year prospective study of neurogenic stuttering following stroke : Incidence and co-occurring disorders. *Journal of Communication Disorders*, *44*(6), 678-687. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2011.06.001>
- Tichenor, S. E., & Yaruss, J. S. (2020). Recovery and Relapse : Perspectives From Adults Who Stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *63*(7), 2162-2176. https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-20-00010
- Tichenor, S., & Yaruss, J. S. (2018). A Phenomenological Analysis of the Experience of Stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology*, *27*(3S), 1180-1194. https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-ODC11-17-0192
- Towers, H., Spotts, E., Neiderhiser, J. M., Plomin, R., Hetherington, E. M., & Reiss, D. (2000). Genetic and environmental influences on teacher ratings of the Child Behavior Checklist. *International Journal of Behavioral Development*, *24*(3), 373-381. <https://doi.org/10.1080/01650250050118367>
- Van Borsel, J., Brepoels, M., & De Coene, J. (2011). Stuttering, attractiveness and romantic relationships : The perception of adolescents and young adults. *Journal of Fluency Disorders*, *36*(1), 41-50. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.01.002>
- Van Hout, A., & Estienne, F. (1996). *Les bégaiements : Histoire, psychologie, évaluation, variétés, traitements*. Masson.

- Vanryckeghem, M., Brutten, G. J., & Hernandez, L. M. (2005). A comparative investigation of the speech-associated attitude of preschool and kindergarten children who do and do not stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 30(4), 307-318.
<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2005.09.003>
- Varni, J. W., Seid, M., & Rode, C. A. (1999). The PedsQL™ : Measurement Model for the Pediatric Quality of Life Inventory: *Medical Care*, 37(2), 126-139.
<https://doi.org/10.1097/00005650-199902000-00003>
- Wadman, R., Durkin, K., & Conti-Ramsden, G. (2008). Self-Esteem, Shyness, and Sociability in Adolescents With Specific Language Impairment (SLI). *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(4), 938-952. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/069\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008/069))
- Watkins, K. E., Smith, S. M., Davis, S., & Howell, P. (2007). Structural and functional abnormalities of the motor system in developmental stuttering. *Brain*, 131(1), 50-59.
<https://doi.org/10.1093/brain/awm241>
- Weidner, K., & Lowman, J. (2020). Telepractice for Adult Speech-Language Pathology Services : A Systematic Review. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 5(1), 326-338. https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-19-00146
- WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2(2), 153-159. <https://doi.org/10.1007/BF00435734>
- Winters, K. L., & Byrd, C. T. (2021). Predictors of communication attitude in preschool-age children who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 91, 106100.
<https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2021.106100>
- World Health Organization (Éd.). (2001). *International classification of functioning, disability and health : ICF*. World Health Organization.

- Yadegari, F., Sima Shirazi, T., Howell, P., Nilipour, R., Shafiei, M., Shafiei, B., Ilkhani, Z., Satarian, F., Jafari, N., William Quesal, R., & Yaruss, J. S. (2018). Persian Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering for Adults : The Impact of Stuttering on the Persian-Speaking Adults Who Stutter. *Iranian Rehabilitation Journal*, 131-138. <https://doi.org/10.32598/irj.16.2.131>
- 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>
- Yairi, E., & Ambrose, N. G. (1999). Early Childhood Stuttering I : Persistency and Recovery Rates. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(5), 1097-1112. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4205.1097>
- Yaruss, J. S. (2010). Assessing quality of life in stuttering treatment outcomes research. *Journal of Fluency Disorders*, 35(3), 190-202. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2010.05.010>
- Yaruss, J. S., Coleman, C. E., & Quesal, R. W. (2012). Stuttering in School-Age Children : A Comprehensive Approach to Treatment. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 43(4), 536-548. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2012/11-0044\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2012/11-0044))
- Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2004). Stuttering and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) : An update. *Journal of Communication Disorders*, 37(1), 35-52. [https://doi.org/10.1016/S0021-9924\(03\)00052-2](https://doi.org/10.1016/S0021-9924(03)00052-2)
- Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2006). Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES) : Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*, 31(2), 90-115. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2006.02.002>
- Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2016). Overall Assessment of the Speaker's Experience Stuttering (OASESTM) technical/scoring manual. In *Overall Assessment of the Speaker's Experience Stuttering*. Stuttering Therapy Resources.

Yovetich, Wm. S., Leschied, A. W., & Flicht, J. (2000). Self-esteem of school-age children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 25(2), 143-153.
[https://doi.org/10.1016/S0094-730X\(00\)00031-0](https://doi.org/10.1016/S0094-730X(00)00031-0)

RÉSUMÉ

Introduction. Le bégaiement est un trouble de la fluidité fréquent dans notre société (Craig et al., 2009). D'importantes conséquences sur la vie des personnes qui bégaiement ont été relevées par de nombreux auteurs, dont l'impact sur la qualité de vie (Yaruss, 2010; Yaruss et al., 2012; Yaruss & Quesal, 2004). En effet, le bégaiement impacte négativement la qualité de vie globale de la personne, quel que soit l'âge (Yaruss & Quesal, 2004). Il engendre de l'anxiété liée à la prise de parole, une limitation dans la participation aux activités, des sentiments de honte, de la frustration (Blumgart et al., 2010; Guitar, 2014; Piérart, 2018; Pietraszek et al., 2017; Smith et al., 2014).

L'évaluation de la qualité de vie est donc primordiale pour évaluer l'impact du bégaiement et proposer par la suite, une prise en charge individualisée (Yaruss, 2010). Par conséquent, l'objectif de ce mémoire est de poursuivre la validation en français de l'Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES), une échelle d'évaluation de la qualité de vie chez les enfants âgés de 7 à 12 ans qui bégaiement. Plus précisément, cette étude consiste à déterminer les propriétés psychométriques et à vérifier des hypothèses concernant l'impact du bégaiement chez l'enfant.

Méthodologie. Afin de valider cette échelle, quatorze enfants qui bégaiement ont été recrutés en Wallonie et en France. Une lecture et une discussion de quelques minutes analysées à l'aide de l'outil SSI-4 ont été proposées pour objectiver la sévérité du bégaiement. Ensuite, la version francophone de l'OASES-S ainsi que d'autres questionnaires ont été administrés aux enfants lors de deux entretiens.

Résultats. Les résultats ont indiqué que la version francophone de l'OASES-S présente une bonne fidélité test-retest, une bonne consistance interne globale et une validité concurrente élevée au sujet de l'anxiété mesurée par l'échelle. Cependant, nos hypothèses exploratoires n'ont pas pu être confirmées.

Conclusion. Les résultats sont encourageants pour la poursuite de la validation de la version francophone de l'OASES-S.