

---

## Validation de la version francophone de l'échelle Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES) chez les enfants, les adolescents et les adultes

**Auteur :** Reimeringer, Jade

**Promoteur(s) :** Leclercq, Anne-Lise

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

**Diplôme :** Master en logopédie, à finalité spécialisée en neuropsychologie du langage et troubles des apprentissages verbaux

**Année académique :** 2023-2024

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/20021>

---

### *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.*

---



**Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Éducation**

---

**VALIDATION DE LA VERSION FRANCOPHONE DE  
L'ÉCHELLE OVERALL ASSESSMENT OF THE  
SPEAKER'S EXPERIENCE OF STUTTERING (OASES)  
CHEZ LES ENFANTS, LES ADOLESCENTS ET LES  
ADULTES**

---

Mémoire présenté par

**HUOT Candice et REIMERINGER Jade**

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

Promotrice : Anne-Lise Leclercq

Lectrices : Marion Hubin et Céline Stassart

Année académique

**2023-2024**

## REMERCIEMENTS

Tout d'abord, nous remercions grandement notre promotrice, Anne-Lise Leclercq, pour ses précieux conseils, sa bienveillance et sa disponibilité tout au long de ce projet.

Nous exprimons également notre gratitude à Monsieur Aunis-Oumghar et aux logopèdes contactées, pour le temps qu'ils nous ont accordé et leur aide précieuse à l'égard du recrutement.

Nous tenons à remercier chaleureusement l'ensemble des participants, ainsi que les parents des enfants et des adolescents, pour leur investissement et le temps qu'ils nous ont consacrés.

Nous remercions également Marion Hubin et Céline Stassart pour l'aide apportée dans notre recrutement ainsi que l'intérêt qu'elles ont porté à la lecture de ce travail.

Enfin, nous exprimons une profonde reconnaissance à nos proches pour leur soutien et leurs encouragements constants.

# Table des matières

<b>I. Introduction générale</b> .....	<b>1</b>
<b>II. Introduction théorique</b> .....	<b>2</b>
1. Bégaiement .....	2
1.1. Définition du bégaiement .....	2
1.2. Étiologie du bégaiement .....	3
2. Qualité de vie .....	4
2.1. Définition de la qualité de vie .....	4
2.2. Qualité de vie chez les adultes qui bégaiement .....	6
2.3. Qualité de vie chez les adolescents qui bégaiement .....	8
2.4. Qualité de vie chez les enfants qui bégaiement .....	10
3. Échelle OASES .....	12
3.1. Description de l'échelle .....	12
3.2. Traduction francophone de l'OASES .....	15
3.3. Validation de l'OASES dans d'autres langues .....	16
3.3.1. Validation de l'OASES-A dans d'autres langues .....	16
3.3.2. Validation de l'OASES-T dans d'autres langues .....	19
3.3.3. Validation de l'OASES-S dans d'autres langues .....	20
<b>III. Objectifs et hypothèses</b> .....	<b>23</b>
<b>IV. Méthodologie</b> .....	<b>26</b>
1. Participants .....	26
2. Outils .....	27
2.1. SSI-4 .....	28
2.2. Échelle d'auto-évaluation de la sévérité du bégaiement .....	28
2.2.1. Échelle de sévérité du programme Camperdown (0-8) .....	28
2.2.2. Échelle de sévérité du programme Lidcombe (0-9) .....	29
2.3. OASES .....	29
2.3.1. OASES-A .....	30
2.3.2. OASES-T .....	30
2.3.3. OASES-S .....	31
2.4. Échelles d'anxiété sociale (LSAS-CA et LSAS-SR) .....	31
2.5. PedsQL .....	32
2.5.1. PedsQL pour les enfants de 5 à 7 ans .....	32
2.5.2. PedsQL pour les enfants de 8 à 12 ans .....	32
2.5.3. PedsQL pour les adolescents .....	33
2.6. SWLS .....	33

2.7.	UTBAS-6.....	34
2.8.	Questionnaire en 3 items sur la parole perçue.....	34
2.8.1.	Questionnaire d'effort dédié à la fluidité (Sakai et al., 2017).....	34
2.8.2.	SA scale (Huinck & Rietveld, 2007).....	35
2.8.3.	SCESS scale (Karimi et al., 2018).....	35
2.9.	Palin PRS.....	35
2.10	. Echelle 4S.....	36
3.	Procédure générale de passation des épreuves.....	36
<b>V.</b>	<b>Résultats.....</b>	<b>39</b>
1.	OASES-S.....	39
1.1.	Analyses descriptives de l'OASES-S.....	39
1.2.	Comparaisons des moyennes à un standard pour l'OASES-S.....	40
1.3.	Analyses des propriétés psychométriques de l'OASES-S.....	41
1.3.1.	Consistance interne de l'OASES-S.....	41
1.3.2.	Fidélité test-retest de l'OASES-S.....	42
1.3.3.	Validité concourante de l'OASES-S.....	43
1.4.	Analyse des hypothèses exploratoires pour l'OASES-S.....	44
1.4.1.	Lien entre l'impact sur la qualité de vie et le degré de sévérité du bégaiement chez les enfants (OASES-S).....	44
1.4.2.	Lien entre le vécu des parents et la qualité de vie des enfants (OASES-S).....	45
2.	OASES-T.....	47
2.1.	Analyses descriptives de l'OASES-T.....	47
2.2.	Comparaisons des moyennes à un standard pour l'OASES-T.....	47
2.3.	Analyses des propriétés psychométriques de l'OASES-T.....	48
2.3.1.	Consistance interne de l'OASES-T.....	48
2.3.2.	Fidélité test-retest de l'OASES-T.....	49
2.3.3.	Validité concourante de l'OASES-T.....	50
2.4.	Analyse des hypothèses exploratoires pour l'OASES-T.....	52
2.4.1.	Lien entre l'impact sur la qualité de vie et le degré de sévérité du bégaiement chez les adolescents (OASES-T).....	52
2.4.2.	Lien entre les scores à l'OASES-T et la satisfaction liée à la parole et à la communication chez les adolescents.....	53
2.4.3.	Lien entre le vécu des parents et la qualité de vie des adolescents (OASES- T).....	54
2.4.4.	Lien entre le niveau ressenti d'effort dédié à la fluence et la qualité de vie des adolescents qui bégaiement (OASES-T).....	55
3.	OASES-A.....	56
3.1.	Analyses descriptives de l'OASES-A.....	56

3.2.	Comparaisons des moyennes à un standard pour l'OASES-A.....	57
3.3.	Analyses des propriétés psychométriques de l'OASES-A.....	58
3.3.1.	Consistance interne de l'OASES-A .....	58
3.3.2.	Fidélité test-retest de l'OASES-A .....	59
3.3.3.	Validité concourante de l'OASES-A.....	60
3.4.	Analyse des hypothèses exploratoires pour l'OASES-A .....	61
3.4.1.	Lien entre l'impact sur la qualité de vie et le degré de sévérité du bégaiement chez les adultes (OASES-A).....	61
3.4.2.	Lien entre l'impact du bégaiement sur la qualité de vie et la satisfaction liée à la parole et à la communication chez les adultes (OASES-A) .....	62
3.4.3.	Lien entre le niveau d'effort dédié à la fluence ressenti et la qualité de vie des adultes qui bégaiement (OASES-A).....	63
<b>VI.</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>64</b>
1.	Rappel des objectifs de l'étude, de la méthodologie, et des hypothèses.....	64
2.	Rappel, interprétation et explication des résultats.....	65
2.1.	OASES-S.....	65
2.1.1.	Propriétés psychométriques de l'OASES-S.....	65
2.1.2.	Hypothèses exploratoires de l'OASES-S .....	67
2.2.	OASES-T.....	69
2.2.1.	Propriétés psychométriques de l'OASES-T.....	69
2.2.2.	Hypothèses exploratoires de l'OASES-T .....	71
2.3.	OASES-A .....	73
2.3.1.	Propriétés psychométriques de l'OASES-A .....	73
2.3.2.	Hypothèses exploratoires de l'OASES-A.....	75
3.	Perspectives de recherche et limites de l'étude .....	77
	<b>Conclusion .....</b>	<b>79</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>80</b>
	<b>Résumé.....</b>	<b>90</b>

## I. Introduction générale

« *Qui a dit qu'on ne pouvait pas être à la fois bègue et éloquent ?* » (L'éloquence du bégaiement, 2019). Le bégaiement est souvent perçu comme un frein à une communication efficace (Yaruss & Quesal, 2004). Or, les concours d'éloquence relatifs au bégaiement visent à contredire les stéréotypes en poussant chaque personne qui bégaié au dépassement de soi. A contrario, ce sont donc les idées reçues qui freinent l'efficacité communicative par l'émergence de multiples conséquences sociales. L'isolement en est un exemple. Les associations « parole-bégaiement » implantées en Belgique (2010), en Suisse (1992) et en France (1992) ont pour objectif principal de promouvoir le handicap en soutenant et en accompagnant le plus de personnes souffrant de bégaiement.

Avec l'avancée en âge, les individus conscientisent leur trouble et font alors émerger divers facteurs tels que l'anxiété, la fatigue, la peur de la prise de parole en public, des restrictions, contribuant à faire diminuer leur qualité de vie (Koedoot et al., 2011a). L'enfant qui n'a pas encore totalement conscience de son trouble, éprouve peu d'anxiété même si cette dernière peut varier d'un enfant à l'autre (De Sonnevile-Koedoot et al., 2014). Chez l'adolescent, la puberté est une période singulière, caractérisée par des transformations physiques, corporelles, psychiques et affectives. L'adolescent accorde plus d'intérêt au regard d'autrui. Par conséquent, son bégaiement peut rapidement accroître son anxiété, liée au sentiment de gêne causé par les disfluences (Iverach et al., 2016b). L'adulte a pleinement conscience de son trouble. Le bégaiement peut alors entraîner plusieurs restrictions dont certaines sont accentuées par les stéréotypes. La recherche d'emploi ou la construction d'une vie sociale peut s'avérer extrêmement difficile (Craig et al., 2009).

À ce jour, seul le travail thérapeutique mené par divers praticiens (logopèdes, orthophonistes ou phoniatries) a montré son efficacité, traitant à la fois les aspects physiques, fonctionnels et émotionnels du trouble, et ce, en partenariat avec le clinicien, la famille ou bien un groupe (Laiho et al., 2022). Les retombées sociales résultant du bégaiement sont pour la plupart inévitables. Il est donc nécessaire d'évaluer la qualité de vie des personnes qui bégaié, à l'aide d'échelles spécifiques telles que l'OASES, répandue internationalement (Yaruss & Quesal, 2006). Entrevoir le degré de bien-être global d'un patient conduit les logopèdes à utiliser une approche intégrative, ciblée sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes qui bégaié.

## **II. Introduction théorique**

### **1. Bégaiement**

#### **1.1. Définition du bégaiement**

Selon l'American Speech-Language-Hearing Association (ASHA, 2021), le bégaiement est qualifié comme « le trouble de la fluence » le plus fréquent. La prévalence de ce trouble serait de 1 % (Kelman & Nicholas, 2020) avec un sex-ratio différent. En effet, le rapport serait de 5 ou 6 garçons pour une fille chez les enfants d'âge scolaire et les adultes qui bégaient (Kelman & Nicholas, 2020). Cependant, nous notons qu'au départ, autant de filles que de garçons sont touchés par le bégaiement (Kelman & Nicholas, 2020). Ainsi, le bégaiement disparaîtrait plus fréquemment chez les filles que chez les garçons (Kelman & Nicholas, 2020).

Le bégaiement correspond à « des interruptions dans le flux de la parole caractérisées par des répétitions de sons, de syllabes ou de mots, des allongements et des blocages pouvant affecter la vitesse et le rythme de la parole ». Ces disfluences sont toujours accompagnées de tensions musculaires, de réactions négatives, de comportements secondaires et d'évitement de sons, de mots ou de situations (ASHA, 2021).

Le bégaiement, caractérisé comme un « trouble de la communication » par le DSM-V (Roehr, 2013) présente les critères diagnostiques suivants : des symptômes spécifiques (des répétitions de sons ou de syllabes, des prolongations de sons, des interruptions de mots, des blocages audibles ou silencieux, des circonlocutions, des mots produits avec un excès de tension physique et des répétitions de mots monosyllabiques), ainsi que de l'anxiété accompagnée d'une restriction à la participation sociale et à la performance académique ou occupationnelle. Ces symptômes doivent apparaître tôt dans le développement de l'enfant et ce trouble ne doit pas être attribuable à un déficit moteur ou neurologique ou à toute autre origine médicale.

La Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF), présentée par l'Organisation Mondiale de la Santé, (OMS, 2001) est une révision du système de classification précédent le CIDIH (OMS, 1980). Son objectif a été modifié, ce dernier ne repose plus uniquement sur les déficiences (Yaruss, 1998) mais désormais sur le handicap résultant des déficiences et sur leur impact fonctionnel (Yaruss & Quesal, 2004). Plus précisément, la CIF propose différentes sphères pouvant être altérées par une pathologie. Parmi elles, les fonctions corporelles et les structures anatomiques, les activités et la participation, les facteurs environnementaux ainsi que les facteurs personnels (Yaruss & Quesal, 2004). Les fonctions de la voix et de la parole telles que les fonctions de fluidité, de rythme, de vitesse et



de mélodie font partie des fonctions corporelles permettant de définir le bégaiement. Les difficultés spécifiquement associées à ces facteurs organiques sont alors répertoriées comme représentant un bégaiement. Le bégaiement pourrait également être associé aux fonctions mentales représentées par une anxiété extrême ou bien des problèmes émotionnels, lesquels pourraient ne pas être perçus dans un premier temps. Les personnes qui bégaiement ne présentent généralement pas de déficit des structures anatomiques clairement identifiées, à l'exception du bégaiement neurogène (bégaiement acquis suite à une lésion neurologique identifiée) présentant des lésions neurologiques identifiées. Les activités et la participation renvoient à la capacité d'un individu à effectuer des activités quotidiennes. Parmi elles, la communication se voit particulièrement touchée chez les personnes qui bégaiement. Les facteurs environnementaux sont, quant à eux, définis comme des influences externes telles que l'environnement physique, social et comportemental. Par exemple, l'encouragement d'un enseignant pour oser lire à voix haute représente un facteur environnemental positif. Enfin, les facteurs personnels renvoient aux influences internes telles que le sexe, l'âge, la personnalité, les événements de vie passés ou concomitants.

## **1.2. Étiologie du bégaiement**

« L'étiologie du bégaiement reste floue, mais de plus en plus de preuves suggèrent une interaction entre des facteurs génétiques, épigénétiques et environnementaux qui influencent le développement du cerveau, qui à son tour, affecte la production d'une parole fluide » (Chang et al., 2018). Les preuves initiales liées aux facteurs génétiques et épigénétiques du bégaiement sont issues d'études classiques sur des jumeaux monozygotes et dizygotes. Ces dernières ont mis en évidence un contraste entre les taux de concordance des paires de jumeaux monozygotes (MZ) et dizygotes (DZ), lequel suggère que l'ADN d'un individu est un facteur crucial pour déterminer si une personne présentera ou non un bégaiement chronique (Smith & Weber, 2017). Cependant, les taux de discordance des jumeaux monozygotes mis en évidence dans ces mêmes études, suggèrent que l'apparition du bégaiement ainsi que sa persistance ou sa guérison dépendent de l'épigenèse, soit du moment et de l'intensité de l'expression des gènes au cours du développement (Smith & Weber, 2017).

Selon Yairi et Ambrose (2013), le bégaiement présente une base génétique. Ces auteurs ont avancé qu'il existe plusieurs fragilités dans le système neurologique expliquant qu'une personne bégaiement et qu'une autre non. En effet, les personnes qui bégaiement présenteraient une réduction de la matière blanche dans les régions motrices bucco-faciales et un déficit de matière grise dans l'aire de Broca dans l'hémisphère gauche (Chang et al. 2008).

Selon Brown et al. (2005), il existerait une suractivation des aires de l'hémisphère droit et une tendance à l'hyperactivité bilatérale dans le cortex moteur servant à la production de la parole. Par conséquent, l'efficacité de l'intégration sensorimotrice de la parole se verrait diminuer, au même titre que la capacité de production rapide de la parole. Entre autres, les caractéristiques génétiques influencent les facteurs neurologiques à l'origine du bégaiement (Yairi & Ambrose, 2013). Cependant, il convient de distinguer ces derniers des facteurs favorisant l'apparition du trouble dans des situations particulières telles que la fatigue ou les émotions, représentées par diverses caractéristiques de la personnalité dont l'accent est mis sur le rôle spécifique de l'anxiété (Smith & Weber, 2017).

Des données neurologiques plus récentes ont vu le jour. Chang et al. (2018) ont évalué par imagerie cérébrale (IRMf au repos), les changements de connectivité cérébrales associés au bégaiement, en comparant des enfants contrôles avec des enfants qui bégaiement. En effet, les auteurs ont confirmé une connectivité intra-réseau anormale au sein du réseau somatomoteur (SMN) incluant plusieurs zones liées à la motricité de la parole. De plus, une connectivité anormale au sein du réseau du mode par défaut, appelé DMN et représentant les zones cérébrales activées en situation de repos, serait prédictive d'un bégaiement persistant (Chang et al., 2018). Par exemple, la connectivité entre le cortex cingulaire postérieur et le gyrus frontal inférieur serait réduite chez les enfants qui bégaiement.

Les auteurs les plus récents présentent le bégaiement comme un trouble neurodéveloppemental complexe et mettent l'accent sur l'importance de considérer les facteurs situationnels, émotionnels, attentionnels et linguistiques qui permettent d'expliquer l'apparition, la persistance ou la récupération du trouble (Packman, 2012 ; Smith, 1999 ; Brocklehurst et al., 2013 cités par Chang et al., 2018). Ces facteurs permettent également d'expliquer l'hétérogénéité du trouble ainsi que la variation d'intensité de ses symptômes au cours du temps.

## **2. Qualité de vie**

### **2.1. Définition de la qualité de vie**

L'Organisation Mondiale de la Santé (1993) définit la « *qualité de vie* » comme « la perception qu'un individu a, de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ».

La qualité de vie est décrite comme multidimensionnelle (Felce & Perry, 1995). Felce et Perry (1995) la définissent comme « un bien-être général global qui comprend des descripteurs objectifs et des évaluations subjectives du bien-être physique, matériel, social et émotionnel ainsi que l'étendue du développement personnel et de l'activité utile, le tout pondéré par un ensemble de valeurs personnelles ». Les descripteurs objectifs représentent les conditions de vie objectives : par exemple, habiter un logement sain ou être en bonne santé (Felce & Perry, 1995). Les évaluations subjectives du bien-être renvoient au simple sentiment subjectif de bien-être : par exemple, avoir un sentiment de bien-être après avoir fait sa séance de sport (bien-être physique), après avoir acheté une nouvelle voiture qui plaisait beaucoup (bien-être matériel), après être sorti avec ses amis (bien-être social), après avoir écouté une chanson vous rappelant votre enfance (bien-être émotionnel) (Felce & Perry, 1995). L'étendue du développement personnel et de l'activité utile représente la capacité qu'un individu possède, de se connaître soi-même, de valoriser ses compétences, ses atouts ou son talent et de réaliser concrètement ses aspirations. Il détermine le degré de découverte de soi et de confiance en soi mais aussi le degré d'épanouissement social et de réussite professionnelle. Les valeurs personnelles qui pondèrent le tout, sont principalement issues de l'éducation reçue, de la culture au travers de laquelle les individus ont grandi mais aussi des expériences, mauvaises ou bonnes, menées au cours de la vie ou encore des accointances, faites au cours de la vie.

Ces trois éléments cités (les conditions de vie objectives, le sentiment subjectif de bien-être et les valeurs personnelles ou les aspirations) s'influencent mutuellement. En effet, les aspects objectifs de la vie peuvent modifier la satisfaction ou les aspirations (par exemple, si un individu apprend être atteint d'un cancer avec un pronostic faible, alors il pourrait abandonner son projet futur d'avoir un enfant avec sa compagne), les changements de valeurs peuvent modifier la satisfaction (par exemple, si un individu manque de respect à un membre de sa famille parce qu'il l'aurait déçu, il pourrait se décevoir soi-même). Cette dernière peut conduire à remettre en question les valeurs et le mode de vie (par exemple, si un enfant manque sa séance de tennis de la semaine, alors sa mauvaise humeur pourrait le conduire à désobéir à ses parents) (Felce & Perry, 1995). De plus, ils sont également susceptibles d'être modifiés par des facteurs externes tels que « l'héritage génétique, social et matériel, l'âge et la maturité, l'histoire du développement, l'emploi, les influences des pairs et les points de référence, et d'autres variables sociales, économiques et politiques » (Felce & Perry, 1995).

Cette définition prend également en considération la variabilité interindividuelle existante. En effet, les conditions de vie et la satisfaction à l'égard de la vie varient inévitablement d'un individu à l'autre ou d'un groupe d'individus à l'autre (Felce & Perry, 1995).

## 2.2. Qualité de vie chez les adultes qui bégaiement

Plusieurs études ont montré que la qualité de vie est impactée chez les adultes qui bégaiement. Craig et al. (2009) avaient pour objectif d'évaluer l'impact du bégaiement sur la qualité de vie des adultes en Australie. Pour ce faire, 200 personnes qui bégaiement et 200 personnes fluides, constituant le groupe témoin, âgés de 18 à 85 ans, ont été incluses dans l'étude. Une discussion a d'abord été réalisée afin d'évaluer la sévérité du bégaiement. Les participants ont ensuite complété deux questionnaires : le Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36), évaluant la qualité de vie sur la santé physique et mentale avec une échelle de Likert allant de 0 à 5 et le Lifestyle Appraisal Questionnaire (LAQ), évaluant les facteurs de risque pour la santé et l'auto-efficacité relative au stress. D'après cette étude, il y aurait un impact du bégaiement sur la vitalité, décrit comme un risque accru à la fatigue, un impact sur le fonctionnement social, décrit comme la capacité à avoir des relations sociales et un impact sur le fonctionnement émotionnel et la santé mentale chez les adultes qui bégaiement. Cet impact n'est pas surprenant au regard des implications que le bégaiement fait encourir. En effet, il peut entraîner des situations embarrassantes et frustrantes pendant les interactions sociales. Les auteurs ajoutent que l'anxiété liée à l'anticipation négative de la parole peut entraîner un évitement des situations sociales pour lesquelles il faut parler. De plus, la sévérité du bégaiement (% SS) ne semble pas liée aux domaines de qualité de vie du SF36 mais à un fonctionnement émotionnel inférieur. Les personnes présentant un pourcentage de syllabes bégayées supérieur à 4% auraient donc une moins bonne stabilité émotionnelle d'après cette étude.

Par ailleurs, les personnes présentant des troubles de la fluidité de la parole ressentiraient une plus grande anxiété que les personnes non-porteuses de ces troubles, témoignant d'un impact sérieux et concret sur leur qualité de vie (Pietraszek et al., 2017). Pour aboutir à cette conclusion, Pietraszek et al (2017) ont recruté 19 adultes qui bégaiement et 21 adultes ne présentant pas de bégaiement. Les participants étaient polonais et leur âge variait de 18 à 81 ans. Trois mesures ont été prises : le State-Trait Anxiety (STAI), mesurant l'anxiété ; le Coping inventory for Stressful Situations (CISS), mesurant la réaction des participants face au stress (émotions, tâche ou évitement) et diverses questions relatives aux relations sociales, à l'anxiété liée à la parole et au stress. Les auteurs ont observé que les personnes présentant des troubles de la fluidité se concentrent plus souvent sur la diminution des émotions négatives que sur l'élimination directe du problème.

D'après Koedoot et al. (2011a), un bégaiement modéré à sévère aurait un impact péjoratif sur la qualité de vie des adultes. Un échantillon de 91 adultes qui bégaiement, provenant des Pays Bas, avec un âge moyen de 36 ans, ont participé à l'étude. Les participants ont chacun rempli

une échelle d'auto-évaluation de la parole (SA), une échelle de satisfaction de la parole, l'OASES-A, le HUI3 et l'EQ-5D afin d'évaluer la qualité de vie concernant la santé. Afin d'évaluer la santé du point de vue du répondant, l'EQ-VAS a également été administré, ainsi qu'un inventaire d'adaptation aux situations stressantes (CISS), mesurant spécifiquement les réactions face au stress. La parole, les émotions, la cognition et la douleur, mesurées par le HUI3, et les activités quotidiennes et l'anxiété, mesurées par l'EQ-5D, reflètent les domaines les plus impactés par la sévérité du bégaiement d'après cette étude. Les auteurs ont également mis en évidence une corrélation entre la sévérité du bégaiement et la douleur. En effet, certains participants rapportent une douleur au niveau de la poitrine lorsqu'ils prennent la parole. La douleur liée à un événement social peut donc engendrer une douleur physique. De plus, un bégaiement de nature plus sévère serait associé à des limitations concernant les émotions et la parole.

Aux États-Unis, Perez et Starrels (2015) ont, quant à eux, examiné l'impact du bégaiement en lien avec le système médical, en utilisant des groupes de discussion. Seize personnes américaines qui bégaièrent avec une tranche d'âge comprise entre 18 et plus de 75 ans, ont participé à l'étude. Les auteurs ont confirmé l'impact péjoratif du bégaiement au sein du milieu médical. En effet, il existerait une gêne pour parler avec le personnel médical qui conduirait à un évitement du milieu médical et au recours à un accompagnateur (Perez & Starrels, 2015).

En 2019, Tichenor et Yaruss ont étudié les deux terminologies suivantes : « bégaiement » et « moments de bégaiement », auprès de 430 adultes qui bégaièrent. Les participants ont répondu à deux questions ouvertes via Internet : « *comment définiriez-vous le terme bégaiement ?* » et « *comment définiriez-vous le terme moment de bégaiement ?* ». Des analyses thématiques ont ensuite été effectuées. Les six thèmes généraux abordés par les participants étaient la perte de contrôle/sensation d'être coincé, les réactions affectives/émotionnelles (embarras, anxiété, honte), les réactions comportementales (lutte, évitement...), les réactions cognitives (sentiment de faible confiance en soi...), les limites et l'impact (limitations dans les activités quotidiennes...) et l'influence des auditeurs et des interlocuteurs perçue. Ainsi, le bégaiement présente plusieurs impacts sur la qualité de vie. Ils émergent notamment par les émotions négatives, vécues comme l'embarras et la honte. En effet, les émotions peuvent être influencées par la peur du jugement des interlocuteurs et entraînent des limitations dans les activités quotidiennes.

Boyle et Cheyne (2024) ont étudié les discriminations majeures dues au bégaiement et leur association avec la qualité de vie aux États-Unis. Ces auteurs distinguent les discriminations mineures (subies au quotidien) des discriminations majeures (moins fréquemment subies mais

ayant un impact important sur la qualité de vie). Pour ce faire, trois échelles ont été remplies par 303 adultes qui bégayaient : une première échelle d'auto-évaluation de la sévérité du bégaiement, une échelle d'auto-évaluation de la qualité de vie de Kemp comportant une question qui amène le répondant à juger sa qualité de vie sur une échelle de 1 à 7 (1=la vie est très pénible, 7=la vie est belle) et une échelle des expériences majeures de discrimination adaptée au bégaiement, ayant pour objectif de connaître les types de discrimination subis par les participants vis-à-vis de leur bégaiement (par exemple, être licencié ou être découragé par un enseignant ou un conseiller pour la poursuite de ses études). La majorité des participants (56%) avaient vécu au moins un épisode de discrimination majeure. Les discriminations majeures les plus courantes étaient le fait de ne pas être embauché et d'être découragé par un enseignant ou un conseiller pour la poursuite de ses études. Une corrélation négative a également été observée entre la qualité de vie et les discriminations majeures vécues ( $\rho = -.256, p < .001$ ). Ces dernières auraient donc un impact sur la qualité de vie. De plus, l'auto-évaluation de la sévérité du bégaiement était négativement corrélée à la qualité de vie ( $\rho = -.346, p < .001$ ) et positivement corrélée aux discriminations majeures vécues. Ainsi, la sévérité du bégaiement pourrait contribuer à augmenter les discriminations et amplifier l'impact sur la qualité de vie.

### **2.3. Qualité de vie chez les adolescents qui bégaiement**

Une méta-analyse de Bernard et Frazier (2022), contenant 11 études, montre une anxiété plus importante chez les adolescents et les enfants qui bégaiement, comparativement à leurs pairs ne présentant pas de trouble de la fluence.

En Australie, Erickson et Block (2013) ont réalisé une étude auprès de 36 adolescents australiens, âgés de 11 à 18 ans, incluant pour chacun d'entre eux un de leurs parents. Plusieurs tests ont été administrés : une échelle d'auto-évaluation des compétences en communication (SPCC), permettant d'évaluer le sentiment de compétence face à plusieurs situations sur une échelle de 0 à 100, une échelle d'auto-évaluation de l'appréhension à la communication en 5 points (PRCA), un questionnaire sur les taquineries et l'intimidation, une échelle de stigmatisation et de divulgation. Cette dernière reflétait une échelle en 4 points (jamais, rarement, parfois, souvent) dont les questions portaient sur l'impact du bégaiement sur leurs relations sociales et sur le fait que d'autres personnes aient connaissance de leur bégaiement. Le pourcentage de syllabes bégayées sur un échantillon de parole spontanée a également été calculé. Les parents ont dû répondre à un questionnaire évaluant la mesure dans laquelle ils percevaient le bégaiement comme ayant un impact sur la famille et sur des domaines spécifiques tels que la volonté de l'enfant à parler du bégaiement et de la capacité de

communication de l'enfant. Les résultats ont mis en évidence un impact péjoratif du bégaiement sur la qualité de vie des adolescents. En effet, ces derniers ont une perception dépréciative de leurs compétences communicatives puisque 60% des participants ont évoqué avoir une appréhension élevée à l'égard de la communication lors d'une réunion ou à l'égard de la prise de parole en public. De plus, ils sont davantage moqués, taquinés, harcelés et discriminés que leurs pairs qui ne bégaiement pas. En effet, 20% des participants évoquent un harcèlement lié à leur bégaiement contre 17% en Australie et 11% en Amérique chez des adolescents sans bégaiement. Les trois quarts des participants ont, à un moment donné, ressenti l'envie de quitter l'école en raison des moqueries liées à leur bégaiement. Enfin, le bégaiement aurait également un impact sur les familles. En effet, la conscientisation de l'impact du bégaiement de leur enfant engendrerait une détresse émotionnelle chez les parents. Ils se sentent impuissants et s'inquiètent pour la réussite scolaire de l'adolescent. Les adolescents sont plutôt enclins à parler de ce qu'ils subissent à leurs parents. Ainsi, les parents jouent un rôle de soutien important face aux moqueries subies.

Iverach et ses collaborateurs (2017) ont réalisé une autre étude auprès de 102 adolescents australiens, âgés de 11 à 17 ans. Plusieurs tests ont été administrés : une échelle d'auto-évaluation de la sévérité du bégaiement allant de 1 à 9 sur huit situations de parole différentes données (ex : parler avec un membre de la famille, donner son nom et son adresse), une échelle d'évitement des situations de parole (SSAS), ainsi qu'une échelle de satisfaction de la parole. Des mesures psychologiques ont également été prises : un test évaluant le niveau et la nature de l'anxiété (RCMAS), une mesure d'auto-évaluation des manifestations affectives, cognitives et comportementales de la dépression (CDI), deux tests évaluant le fonctionnement émotionnel et comportemental du jeune (l'YSR à remplir par les adolescents et le CBCL à remplir par les parents), une auto-évaluation de la qualité de vie et de l'impact du bégaiement (ACES, version antérieure de l'OASES). Les résultats ont montré un impact global modéré du bégaiement chez les adolescents avec un impact plus important chez les adolescents plus âgés. Ainsi, une forte anxiété, une insatisfaction de la parole et un bégaiement plus sévère contribueraient à un impact global du bégaiement plus conséquent chez les adolescents. Concernant les problèmes émotionnels et comportementaux, la plupart des scores étaient dans la norme. On remarque néanmoins des scores en dehors des normes à l'échelle remplie par les adolescents (YSR), contrairement à l'échelle remplie par les parents (CBCL). De plus, une anxiété plus élevée prédirait des symptômes dépressifs plus marqués et un bégaiement plus sévère prédirait une anxiété plus élevée.

Aux États-Unis, Tichenor et ses collaborateurs (2023), ont étudié les pensées répétitives chez les enfants et les adolescents qui bégaiement. Les pensées négatives répétitives (RNT) sont des schémas de pensée récurrents et négatifs affectant souvent la qualité de vie (Tichenor et al., 2023). Plusieurs questionnaires ont été complétés sur Internet par 99 enfants et adolescents, âgés de 9 à 18 ans : un questionnaire de pensée persévérante (PTQ-C) dont 15 questions mesurant la fréquence des RNT, l'OASES-S, l'OASES-T et une échelle de dépistage des troubles liés à l'anxiété (SCARED) qui détecte la présence d'un trouble panique, d'un trouble d'anxiété généralisée, d'un trouble d'anxiété de séparation, d'un trouble d'anxiété sociale et d'un évitement scolaire important. Les participants âgés de 10 ans et plus ont également été invités à évaluer à quelle fréquence ils se fixaient les deux objectifs suivants lorsqu'ils parlaient : « *Mon objectif lorsque je parle est de ne pas bégayer* » et « *Mon objectif lorsque je parle est de bégayer ouvertement et de ne rien faire* ». Les résultats ont montré que plus l'enfant grandit plus l'impact négatif du bégaiement est important et plus il a des RNT. Les adolescents qui ont plus de RNT, sont moins susceptibles de présenter l'objectif de bégayer ouvertement lorsqu'ils parlent. De plus, les enfants ou les adolescents présentant plus fréquemment des RNT, sont plus anxieux. Par ailleurs, des troubles d'anxiété de séparation (32,3%) et d'anxiété générale ont été détectés (22,2%) chez plusieurs participants.

En Suède, Samson et ses collaborateurs (2022) ont étudié l'impact du bégaiement sur la qualité de vie auprès de 46 enfants, 80 adolescents et 35 jeunes adultes. Pour ce faire, 162 personnes, âgées de 7 à 30 ans, ont rempli l'OASES-S, l'OASES-T ou l'OASES-A. Les auteurs ont observé un impact plus important de la qualité de vie chez les adolescents qui bégaiement, comparativement aux enfants et aux jeunes adultes. Ils notent également un impact plus important chez les femmes dans les différentes tranches d'âge, sans différence notable de la sévérité du bégaiement entre les genres. Les émotions des femmes seraient plus prononcées lors des situations de communication et les femmes auraient un degré de confiance en leur discours plus faible. Les auteurs soulignent que ces différences peuvent être dues au fait que les hommes sont moins susceptibles d'évoquer leurs difficultés.

#### **2.4. Qualité de vie chez les enfants qui bégaiement**

Les études traitant de la qualité de vie des enfants qui bégaiement se font plus rares. En effet, une méta-analyse de Jonhson et al. (2023) souligne le manque d'études sur le sujet, en particulier sur la gestion des impacts psychosociaux du bégaiement.

De Sonnevile-Koedoot et al. (2014) ont comparé la qualité de vie d'enfants d'âge préscolaire présentant un bégaiement avec des enfants sans bégaiement avéré. Un échantillon



de 197 enfants, âgés de 3 à 6 ans, originaires des Pays-Bas et présentant un bégaiement, a été utilisé. Les données concernant les enfants fluides sont issues de deux échantillons représentatifs d'enfants néerlandais. La sévérité du bégaiement des enfants a été évaluée avec le SSI-3. Les parents des participants ont également rempli plusieurs questionnaires : un questionnaire sur la santé et la qualité de vie de l'enfant (ITQOL-97 pour les enfants de 3 à 4 ans et le CHQ-PF28 pour les enfants de 5 à 6 ans), un indice de l'état de santé (HUI3) et une échelle permettant d'évaluer la santé du point de vue du répondant (EuroQoL EQ-VAS). D'après les résultats obtenus, il semblerait que le bégaiement n'aggrave pas la qualité de vie pour cette tranche d'âge (de 3 à 6 ans et 3 mois). Les auteurs justifient ce constat en soulignant les exigences moins importantes de communication orale chez les enfants d'âge préscolaire ainsi que les cas spécifiques de bégaiement léger qui diminueraient la conscience du trouble.

Cependant, aux États-Unis, une étude de Clark et al. (2012) portant sur les conséquences relatives au bégaiement, a montré que les enfants d'âge préscolaire qui bégaiement seraient plus impactés que des enfants tout-venant, dans leurs attitudes face à leur parole et leur communication. Le KiddyCAT (une évaluation des attitudes des enfants par rapport à leur communication) a été administré auprès de 114 enfants anglophones, âgés de 3 à 5 ; 11 ans, dont 52 présentaient un bégaiement. Les enfants qui bégaiement ont obtenu des scores plus élevés que le groupe contrôle, témoignant d'un impact plus important du bégaiement sur la qualité de vie des enfants qui bégaiement.

Plus récemment, en Australie, Iverach et al. (2016b) ont montré que les enfants de 7 à 12 ans qui bégaiement ont plus de risques de présenter des troubles anxieux que ceux qui ne bégaiement pas. Un échantillon de 75 enfants qui bégaiement et 150 enfants contrôles anglophones a été utilisé. Afin de diagnostiquer des troubles anxieux, une évaluation en ligne, appelée YODA (Youth Online Diagnostic Assessment), a été administrée auprès des parents et des enfants. Cet outil évalue les phobies et les principaux troubles anxieux tels que le trouble obsessionnel compulsif, le trouble de l'anxiété sociale, le trouble d'anxiété généralisée et le trouble de l'anxiété de la séparation. Les réponses émises et la conclusion obtenue à l'évaluation YODA ont été évaluées par un psychologue clinicien, dont l'expertise permettait d'établir un diagnostic spécifique de trouble anxieux. D'autres évaluations ont été administrées afin d'obtenir davantage d'informations sur le bégaiement de l'enfant (le questionnaire sur le bégaiement), sur l'anxiété ressentie par l'enfant (l'échelle d'anxiété de Spence, le SCAS-C rempli par l'enfant et le SCAS-P rempli par la personne qui s'occupe le plus de l'enfant), sur ses émotions et son comportement (le questionnaire SDQ), sur son humeur (SMFQ) ainsi que sur ses expériences d'intimidation (PECK). La prévalence des troubles anxieux chez les enfants qui bégaiement est significativement

plus élevée (32%) que pour le groupe témoin (11%). De plus, l'anxiété sociale (groupe bégaiement : 24%, groupe contrôle : 5%) et l'anxiété généralisée (groupe bégaiement : 13%, groupe contrôle : 2%) se voient plus élevées chez les enfants qui bégaiement que chez les enfants sans trouble du bégaiement avéré.

Chun et al. (2010) ont également tenté de comprendre les conséquences relatives au bégaiement sur le quotidien et la qualité de vie des enfants qui bégaiement. Sept brésiliens qui bégaiement, âgés de 7 à 12 ans, ont rempli la version de l'échelle OASES-S traduite en portugais. La sévérité du bégaiement a également été évaluée grâce au Fluency Profile Protocol. Les résultats ont révélé un impact négatif modéré du bégaiement sur la qualité de vie des enfants. Ils ont également montré une tendance vers une corrélation positive entre la sévérité et l'impact du bégaiement sur la qualité de vie des participants de l'étude.

Dans une revue systématique, Norman et ses collaborateurs (2023) ont étudié la qualité de vie des personnes qui bégaiement, dont les enfants. Un total de 29 études a été sélectionné. Les enfants qui bégaiement présenteraient de plus faibles résultats scolaires (Berchiatti et al., 2020 cités par Johnson et al., 2023) et seraient plus enclins à manquer l'école, en lien avec les moqueries générées (Erickson & Block, 2013 cités par Johnson et al., 2023). De plus, les enfants qui bégaiement seraient plus souvent rejetés par les enfants ne présentant pas de bégaiement (Berchiatti et al., 2020, cités par Johnson et al., 2023). Le bégaiement semble donc avoir un impact important sur la vie scolaire des enfants.

Au regard des différentes études citées, nous nous attendons à observer un impact du bégaiement sur la qualité de vie des enfants, des adolescents et des adultes telle qu'évaluée par l'OASES, mesurant l'impact du bégaiement sur les différentes sphères de la vie quotidienne.

### **3. Échelle OASES**

#### **3.1. Description de l'échelle**

L'OASES (Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering) est une échelle permettant, comme son nom l'indique, d'évaluer l'expérience du bégaiement chez les personnes concernées par ce trouble de la fluence. Elle a été créée par Yaruss et Quesal (2006) afin d'obtenir une échelle sur le ressenti des personnes qui bégaiement. Auparavant, il n'existait pas d'échelle traitant de l'impact du bégaiement sur la qualité de vie (Yaruss, 2010).

Cette échelle se voit sous la forme d'un questionnaire, conçu dans le but de compléter l'analyse réalisée avec d'autres tests comme le Stuttering Severity Instrument (Riley, 2009) qui s'intéresse uniquement aux manifestations observables du bégaiement, c'est-à-dire aux

disfluences et tensions physiques qui l'accompagnent. Lors de l'administration de l'OASES, plusieurs éléments doivent être pris en compte (Yaruss & Quesal, 2006). Les questions doivent être claires, simples et facilement compréhensibles. De plus, le temps pour réaliser le test ne doit pas dépasser une certaine limite et la cotation ne doit pas être trop complexe. En outre, les items ont été choisis afin qu'ils soient représentatifs de la population. À l'amorce de la construction du questionnaire, trois échelles spécifiques ont été créées, de sorte que chacune évaluait un des composants de la classification de la CIF : l'échelle SRS (Speaker's Reaction to Stuttering) permettait d'évaluer les réactions du locuteur par rapport à son bégaiement, l'échelle FCS (Functional Communication and Stuttering) permettait d'évaluer la communication fonctionnelle des personnes qui bégaient et l'échelle QOL-S (Quality of Life and Stuttering) permettait d'évaluer l'impact du bégaiement sur la qualité de vie. Les items ont d'abord été sélectionnés sur base d'outils préexistants et examinant les cibles recherchées. Des listes ont ensuite été élaborées et proposées à des groupes de discussion composés de personnes qui bégaiant ainsi qu'à des spécialistes, afin de sélectionner les items les plus pertinents.

L'échelle OASES existe en trois versions distinctes suivant l'âge des patients : l'OASES-A (100 items) s'adresse aux adultes de 18 ans et plus, l'OASES-T (80 items) s'adresse aux adolescents de 13 à 17 ans, enfin l'OASES-S (60 items) s'adresse aux enfants de 7 à 12 ans. La personne qui remplit le questionnaire doit répondre sur une échelle de Likert allant de 1 à 5 (1 = toujours, 2 = fréquemment, 3 = parfois, 4 = rarement, 5 = jamais). La passation dure environ 20 minutes et se compose de quatre sections différentes :

- Section I intitulée « Informations générales » : les 20 items de cette première section reprennent les informations générales, c'est-à-dire des informations sur la fluidité perçue, la parole naturelle et les connaissances sur le bégaiement (exemples d'items : « *À quelle fréquence êtes-vous capable de parler de manière fluide ?* » ; « *À quel point êtes-vous informé sur le bégaiement en général ?* »)
- Section II intitulée « Réactions face au bégaiement » : les 30 items de la section II évaluent les réactions au bégaiement, qu'elles soient affectives, comportementales ou cognitives (exemples d'items : « *Quand vous pensez à votre bégaiement, à quelle fréquence vous sentez-vous anxieux ?* » ; « *À quelle fréquence laissez-vous quelqu'un d'autre parler pour vous ?* »).
- Section III intitulée « Communication dans les situations quotidiennes » : les 25 items de cette troisième section examinent la communication dans les situations quotidiennes, par conséquent, l'impact du bégaiement sur la communication (exemples d'items : « *À quel*

*point est-ce difficile pour vous de parler devant un petit groupe de personnes ? » ; « À quel point est-ce difficile pour vous d'utiliser le téléphone au travail ? »).*

- Section IV intitulée « Qualité de vie » : les 25 items de cette quatrième section permettent d'obtenir des informations sur la qualité de vie, l'objectif étant de percevoir à quel point le bégaiement impacte la satisfaction et le sentiment général de bien-être chez les personnes qui bégaiement (exemples d'items : « À quel point votre qualité de vie est-elle affectée négativement par votre bégaiement ? » ; « En général, à quel point votre bégaiement interfère-t-il avec votre confiance en vous ? »)

Concernant la cotation, plus les scores sont élevés, plus l'impact est considéré comme important dans le sens péjoratif du terme (Yaruss & Quesal, 2006).

L'OASES a été conçue en s'inspirant de la Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (« CIF ») présentée par l'OMS. En effet, cette dernière permet d'avoir un cadre, lequel facilite l'évaluation du ressenti des personnes qui bégaiement face à leurs difficultés (Yaruss, 2010). La CIF classe l'expérience de la santé en deux catégories. La première reflète la fonction et la structure du corps ainsi que les activités qu'une personne peut entreprendre. La deuxième renvoie aux limitations d'activités et aux restrictions de participation : la personne ne participe pas aux activités comme elle le souhaiterait. La CIF classe également les facteurs contextuels en deux catégories : les facteurs environnementaux (les influences externes sur le fonctionnement et le handicap) et les facteurs personnels (les influences internes sur le fonctionnement et le handicap). Les limitations d'activités, les facteurs personnels et les facteurs environnementaux peuvent être mis en lien avec les sous-échelles de l'OASES. Ainsi, sont mis en parallèle la section II intitulée « Réactions face au bégaiement » et les facteurs personnels, la section III intitulée « Communication dans les situations quotidiennes » et les facteurs environnementaux et la section IV intitulée « Qualité de vie » et les limitations d'activités.

La fiabilité et la validité de l'OASES ont été vérifiées par Yaruss et Quesal (2016) en analysant ses propriétés psychométriques. Celles-ci sont présentées en annexe 1. La consistance interne a été étudiée afin de vérifier que les items du questionnaire mesurent bien le même concept (Yaruss & Quesal, 2016). Elle doit être supérieure à .70 pour être considérée comme élevée (Peterson, 1994). Une consistance interne élevée a été obtenue pour les quatre sections et le score total de l'OASES-A et de l'OASES-T. L'OASES-S a, quant à elle, montré une consistance interne élevée pour les sections et le score total avec un alpha de Cronbach plus bas pour la Section I.

La fidélité-test retest des trois versions de l'OASES a également été investiguée, le but étant de vérifier la similarité des réponses entre la première et la seconde administration du questionnaire (Yaruss & Quesal, 2016). Dans cette étude, le délai admis entre les deux passations était de 7 à 14 jours. Seuls 14 adultes, 10 adolescents et 20 enfants ont effectué la seconde passation. Pour montrer la fiabilité de l'échelle, des corrélations supérieures à .70 sont attendues (Christ & Nelson, 2014). La fidélité test-retest s'est avérée très élevée pour l'OASES-A, l'OASES-T et l'OASES-S.

La validité concurrente de l'OASES a également été étudiée afin de vérifier que l'OASES mesure bien ce qu'il est censé mesurer. Des corrélations ont donc été effectuées pour 71 participants entre le test S24 de Erickson, qui évalue les attitudes de communication interpersonnelles en rapport avec le bégaiement, et la première version de l'OASES-A, contenant le SRS ( $\rho=.83$ ), le FCS ( $\rho=.79$ ) et le QOL-S ( $\rho=.68$ ). Les corrélations sont considérées comme élevées puisqu'elles sont supérieures à .60 (selon Hinkle et al., 1998, cités par Lankman et al., 2015).

Les trois versions de l'OASES (OASES-A, OASES-T et OASES-S) sont donc des échelles valides et fiables sur lesquelles nous pouvons nous appuyer.

### **3.2.Traduction francophone de l'OASES**

La version anglophone de l'échelle OASES étant déjà validée, d'autres auteurs tels que Blumgart et al. (2012) ou Rocha et al. (2021) ont tenté d'effectuer des traductions et de les valider. Afin de valider l'OASES dans d'autres langues, une traduction en français a été réalisée. Cette dernière fait partie intégrante du processus officiel de validation de l'échelle tel qu'il est recommandé par l'OMS. Premièrement, une approbation écrite par l'un des auteurs de l'OASES ainsi qu'une autorisation de l'éditeur sont requises. Le processus de traduction aller/retour (translation/back translation) débute alors. L'échelle « OASES » en version originale anglophone est traduite une première fois, en tenant compte des questions linguistiques, culturelles et contextuelles : c'est la pré-traduction. Cette dernière est réalisée par des cliniciens spécialisés dans le domaine de la logopédie, maîtrisant la langue originale de l'outil et dont la langue maternelle correspond à la langue cible de l'échelle. L'étape suivante comprend une seconde traduction (« back translation »), effectuée par un autre locuteur parlant couramment l'anglais et indépendant du domaine de la logopédie. Ensuite, l'auteur de l'échelle vérifie la présence de différences sémantiques (mots synonymes) ou morphosyntaxiques (légères modifications dans la construction des phrases) : c'est la post-traduction. Une

traduction conceptuelle est privilégiée à une traduction littérale, dans le but d'obtenir une version la plus fidèle possible, en termes de qualités psychométriques.

Ces deux étapes ont déjà été réalisées dans le but de valider les versions francophones de l'OASES-A, l'OASES-T et l'OASES-S. L'auteur de l'OASES, Scott Yaruss, a donc déjà contrôlé les traductions francophones des trois outils d'évaluation et a suggéré quelques modifications. Par la suite, un comité d'experts bilingues a de nouveau été convoqué. Ce principe de traduction se réitère autant de fois qu'il est nécessaire jusqu'à ce que l'auteur de l'échelle initiale valide la traduction, dans le but de parvenir à la traduction la plus fidèle possible dans les deux cultures (ici anglophone et francophone).

### **3.3.Validation de l'OASES dans d'autres langues**

#### **3.3.1. Validation de l'OASES-A dans d'autres langues**

La validation de l'OASES-A dans d'autres langues a fait l'objet de plusieurs études scientifiques, dont l'étude de Blumgart et al. (2012). Cette dernière avait pour objectif la validation de la version anglophone australienne de l'OASES-A. Un large échantillon (200 adultes australiens qui bégayaient âgés de 18 à 85 ans) a été utilisé dans cette étude de cohorte, fournissant une puissance statistique satisfaisante (puissance > 0,9) pour détecter des différences significatives. Un échantillon de parole spontanée a d'abord été récolté dans le cadre d'un entretien de 3 minutes avec un examinateur puis le questionnaire OASES-A a été complété. L'échantillon de parole permettait d'évaluer le pourcentage de syllabes bégayées, par conséquent de mesurer la sévérité du bégaiement. Les résultats ont révélé que les participants présentant un bégaiement plus sévère (>4% de syllabes bégayées) avaient un score significativement plus élevé à l'OASES-A (Wilks' Lambda (4,195) = 0.91,  $p < .01$ ). Plus spécifiquement, les résultats étaient plus élevés au score total des sections « Informations générales » et « Communication dans les situations quotidiennes » et au score total global de l'échelle. Les auteurs ont également mis en évidence une faible corrélation entre l'âge et les scores de l'OASES-A (variant entre  $\rho = -.13$  et  $\rho = -.16$ ,  $p < .01$ ). En effet, les participants plus jeunes avaient des scores légèrement plus sévères à l'OASES-A. De plus, le sexe et le plus haut niveau scolaire atteint n'étaient pas significativement corrélés aux scores obtenus à l'échelle OASES (variant entre  $\rho = .04$  et  $\rho = .14$ ,  $p < .01$  pour le sexe et entre  $\rho = -.10$  et  $\rho = -.16$ ,  $p < .01$  pour le plus haut niveau scolaire atteint). Une corrélation significative a néanmoins été observée entre le pourcentage de syllabes bégayées et la section « Informations générales » de l'OASES-A ( $\rho = .23$ ,  $p < .01$ ).

Une version brésilienne de l'OASES-A a également été élaborée en suivant les recommandations de l'OMS (Bragatto et al., 2012). Comparativement à la version anglophone, l'adéquation sémantique de la version brésilienne a été privilégiée. L'adéquation culturelle n'a pas été prise en compte. Un échantillon de 18 adultes qui bégaièrent, âgés de 18 à 38 ans, ont complété la version brésilienne. Un échantillon de minimum 200 syllabes bégayées, a également été récolté en discours spontané pour chaque participant afin d'évaluer la sévérité du bégaiement avec le Stuttering Severity Instrument-Third Edition ([SSI-3], Riley, 1994). Les résultats ont révélé une absence de corrélation entre la sévérité du bégaiement, évaluée avec le SSI-3, et les scores obtenus à l'échelle OASES-A ( $\rho = .152$ ). De plus, des tests de Student n'ont montré aucune différence relative au genre (femme ou homme) et au nombre d'années d'étude (entre 8 et 11 ans ou plus de 11 ans) par rapport aux résultats de chaque section de l'OASES-A et du score total ( $t$  varie entre -1.3 et 1.2 pour le genre et entre -1.63 et -0.76 pour le nombre d'années d'étude).

En 2017, Sakai et al. ont élaboré une version japonaise de l'OASES-A. Un échantillon de 200 personnes qui bégaièrent, âgées de 20 à 81 ans, a été utilisé pour l'étude. En plus de l'OASES-AJ, correspondant à la version de l'OASES-A traduite en japonais, la version japonaise de l'échelle des attitudes de communication Erickson (S-24) et un questionnaire d'auto-évaluation sur le discours du participant, ont été administrés. Ce questionnaire d'auto-évaluation était divisé en trois parties. La première évaluait la proportion d'effort dédié à la fluence par rapport à l'ensemble de l'effort mental requis pour prendre la parole, sur une échelle allant de 0 à 10 par tranche de 10%. La seconde partie correspondait à l'auto-évaluation du discours via l'échelle Self assessment (SA), allant de 1 (très mauvais) à 10 (très bon). Enfin, une échelle de satisfaction de la parole appelée Speech Satisfaction (SS), allant de 1 (très insatisfaisant) à 5 (très satisfaisant) était administrée aux participants. L'administration de tous ces tests a permis la validation de l'OASES-AJ dont la cohérence interne (alpha de Cronbach entre .80 et .98) et la fidélité test-retest (entre .81 à .95) étaient suffisamment élevées. Pour la validité de construction, il est important que les sections ne soient pas excessivement corrélées entre elles : ici, toutes les sections de l'échelle ont été modérément à fortement corrélées les unes avec les autres (variant entre  $r = .62$  et  $r = .86$ ). Pour la validité concurrente, les scores des quatre sections ainsi que le score total de l'OASES-AJ, étaient significativement corrélés aux échelles S-24 (variant entre  $r = .60$  et  $r = .75$ ,  $p < .01$ ), SA (variant entre  $r = -.55$  et  $r = -.66$ ,  $p < .01$ ) et SS (variant entre  $r = -.62$  et  $r = -.72$ ,  $p < .01$ ).

Koedoot et al. (2011b) ont élaboré une version néerlandaise de l'OASES-A aux Pays-Bas. Un échantillon de 138 personnes qui bégaièrent, en partie issue d'une étude précédente (Koedoot

et al. 2011a), a été utilisé pour l'étude. Une partie des participants ont rempli la SA (N=91), une échelle d'auto-évaluation de la parole allant de 1 à 10 (1= très mauvais et 10= très bon). D'autres ont complété l'échelle S-24 de Andrew et Cutler (1974) (N=32), une auto-évaluation des attitudes de communication pour les personnes qui bégaiement. Enfin, le thérapeute complétait la CA (N=45), une échelle de sévérité du bégaiement en 5 points (1= léger, 5= sévère). Les analyses statistiques ont montré une bonne cohérence interne (alpha de Cronbach variant entre .84 et .96). Le score d'impact total et les scores des quatre sections de la version néerlandaise de l'OASES-A étaient significativement corrélés avec les échelles S-24 (variant de  $\rho = .587$  à  $\rho = .838$ ,  $p < .01$ ), SA (variant de  $\rho = -.507$  à  $\rho = -.615$ ) et CA (variant de  $\rho = .357$  à  $\rho = .594$ ,  $p < .01$  sauf pour la section I avec  $p < .05$ ).

En Iran, Yadegari et al. (2018) ont traduit et validé l'OASES-A en persan. L'échantillon se composait de 92 adultes qui bégaiement, âgés de 18 à 46 ans. Les analyses statistiques ont montré que l'OASES-AP a une bonne cohérence interne (alpha de Cronbach variant de .88 à .98 pour les sections et le score total). La fidélité test-retest s'est également montrée élevée (variant entre  $\rho = 0,81$  à  $\rho = 0,96$ ,  $p < .001$  pour les sections et le score total).

En 2022, Algamal et Sallam, ont traduit et validé l'OASES-A en arabe. L'échantillon comprenait 133 égyptiens qui bégaiement, âgés de 18 à 51 ans. Les participants ont rempli l'OASES-AA et la sévérité de leur bégaiement a été calculée avec l'ASSI (Arabic Stuttering Severity Instrument). Le score de sévérité comprenait la fréquence de mots bégayés, la durée des trois épisodes de bégaiement les plus longs et les concomitants physiques, aboutissant à un score variant entre 0 et 45. Les analyses statistiques ont montré une bonne cohérence interne des sections et du score total de l'OASES-AA (alpha de Cronbach variant entre .91 et .98). La fidélité test-retest s'est également montrée bonne pour les 76 participants testés à deux reprises (variant de  $\rho = .88$  à  $\rho = 1.0$ ). De plus, les auteurs ont observé des corrélations significatives entre les scores des différentes sections et du score total de l'OASES-AA et l'ASSI (variant de  $\rho = .57$  à  $\rho = .65$ ,  $p < .05$ )

L'OASES a également été traduite en kannada par Mahesh et al. (2023). L'échantillon se composait de 51 adultes indiens qui bégaiement, âgés de 18 à 57 ans. Tous ont complété l'OASES-AK et la sévérité de leur bégaiement a été évaluée à l'aide du SSI-4. Les calculs des alphas de Cronbach ont montré une bonne cohérence interne des sections et du score total de l'OASES-AK (alpha variant de .83 à .97). La fidélité test-retest s'est également montrée satisfaisante (variant de  $\rho = .77$  à  $\rho = .93$  et avec des probabilités entre  $p < .001$  et  $p = .009$ ). Contrairement à la version originale de l'OASES-A et aux validations dans d'autres langues, les auteurs ont observé des effets plafonds pour les items relatifs à l'atteinte des objectifs académiques et



professionnels. Ils soulignent que les différences culturelles entre l'Inde et l'Occident pourraient expliquer ce contraste.

En 2017, l'OASES a été traduite et validée en hébreu par Freud et al. Dans cette étude, 91 adultes israéliens qui bégaièrent, âgés de 19 à 62 ans, ont complété la version hébraïque de l'OASES-A. Parmi eux, 43 participants ont également répondu à trois échelles : une échelle d'auto-évaluation en 10 points de la sévérité du bégaiement perçue (1= pas de bégaiement et 10=bégaiement très sévère) (PSS), un questionnaire sur les comportements d'évitement des personnes qui bégaièrent dans diverses situations de parole (SABC) et une échelle de satisfaction de vie (SLSS). Les analyses statistiques ont montré une bonne cohérence interne (alpha de Cronbach variant entre .89 et .97). Des corrélations significatives ont été observées entre les sections de la version hébraïque de l'OASES-A et le PSS (entre  $\rho = .61$  et  $\rho = .90$ ,  $p < .001$ ), le SABC (entre  $\rho = .30$  et  $\rho = .59$ ,  $p < .05$  pour section I et  $p < .001$ ) et le SLSS (entre  $\rho = .54$  et  $\rho = .67$ ,  $p < .001$ ), témoignant d'une bonne validité concurrente. Des scores d'impacts similaires ont été obtenus comparativement à des études antérieures ayant validé l'OASES-A (Amérique du Nord, Pays-Bas, Brésil), excepté pour la version australienne.

L'OASES-A a également été traduite et validée en suédois par Lindström et ses collaborateurs (2020). Un échantillon de 80 adultes suédois, âgés de 18 à 84 ans, a été utilisé. Tous ont dû remplir l'OASES-AS. L'analyse des résultats a montré une très haute cohérence interne pour le score global et les sections de l'OASES-AS (alpha de Cronbach variant entre .89 et .98). Les scores obtenus à l'échelle OASES-AS dans cette étude, auprès d'une population suédoise, ont été comparés aux données américaines, australiennes, néerlandaises, israéliennes et japonaises. Les scores d'impact globaux obtenus pour l'OASES-AS étaient nettement inférieurs à ceux obtenus pour les États-Unis ( $t = 2.85$ ,  $p = .0047$ ), l'Australie ( $t = 3.89$ ,  $p = .0001$ ) et le Japon ( $t = 5.54$ ,  $p = .0001$ ). Aucune différence significative n'a été détectée entre les résultats suédois, néerlandais ( $t = 1.36$ ,  $p = .17$ ) et israéliens ( $t = 1.30$ ,  $p = .20$ ). Les auteurs mettent l'accent sur l'importance de considérer la culture dans ce type de recherche puisque des différences ont été mises en évidence suivant les pays.

Dans leur étude, Wesierska et al. (2023) évoque la version traduite en polonais et validée de l'OASES-A. Cinquante-huit polonais adultes ont rempli l'OASES-A-PL. Les résultats obtenus ont été comparés aux données américaines de l'OASES-A. Une différence significative a été observée pour la section III entre les données polonaises et américaines ( $t = 3.007$ ,  $p < 0.01$ ).

### 3.3.2. Validation de l'OASES-T dans d'autres langues

L'OASES-T a également été traduite dans d'autres langues. En effet, Lindström et al. (2020) ont élaboré une version suédoise de l'OASES-T. Pour ce faire, 27 adolescents ont rempli l'OASES-TS. L'analyse des résultats de l'OASES-TS (alpha de Cronbach entre .54 et .97) a montré une cohérence interne élevée pour les sections de l'échelle, à l'exception de la section « Informations générales » avec des alphas de Cronbach inférieurs à .80 ( $\alpha=.54$ ). Concernant la validité de construction, toutes les sections de l'échelle et le score d'impact global étaient corrélés. Les corrélations variaient entre .24 et .95 pour l'OASES-TS. Les scores obtenus à l'échelle OASES-TS auprès d'une population suédoise dans cette étude, ont été comparés aux données américaines. Il n'y avait de différence entre les données suédoises et américaines entre les sections et le score total de l'OASES-T ( $t=1.25$ ,  $p=.22$ ).

Dans leur étude, Wesierska et al. (2023) ont traduit et validé la version polonaise de l'OASES-T auprès de 41 adolescents. Tous ont rempli l'OASES-T-PL, la version polonaise du CAT (échelle mesurant l'attitude d'un enfant à l'égard de son discours), la SA (échelle d'auto-évaluation de la parole), la SS (échelle de satisfaction de la parole) et la CA (échelle d'évaluation du bégaiement par le clinicien). Une forte cohérence interne a été mise en évidence entre les sections et le score total de l'OASES-T-PL avec des alphas de Cronbach supérieur à .80 (alpha de Cronbach variant entre .816 et .971). Concernant la validité concurrente, les sections et le score total de l'OASES-T-PL étaient corrélés au score total du CAT (.519 à .706,  $p<.001$ ). De plus, la plupart des sections et le score total de l'OASES-T-PL étaient négativement corrélés au score de la SA (section I, IV et score total corrélés : de  $\rho=-.530$  à  $\rho=-.588$ ,  $p<.001$ ) et de la SS (Section I, II, IV et score total corrélés : de  $\rho=-.516$  à  $\rho=-.629$ ,  $p<.001$  ou  $p<.01$ ). L'OASES-T-PL semble donc présenter une bonne validité concurrente. Les résultats n'ont pas montré de corrélation significative entre l'échelle CA et les scores obtenus à l'OASES-T-PL, appuyant l'idée qu'un bégaiement plus sévère n'entraîne pas nécessairement une qualité de vie moins bonne. Aucune différence significative n'a été observée entre les scores obtenus dans cette étude pour l'OASES-T-PL et ceux de la version américaine.

### 3.3.3. Validation de l'OASES-S dans d'autres langues

En 2015, Lankman et al. ont validé la traduction néerlandaise de l'OASES-S, intitulée OASES-SD. Pour ce faire, 101 enfants âgés de 7 à 12 ans, domiciliés aux Pays-Bas, ont été recrutés. Ces enfants ont été comparés à un groupe témoin, soit 51 enfants sans bégaiement avéré, afin de déterminer si l'outil pouvait nous permettre de différencier les enfants qui bégaièrent des autres qui ne bégaièrent pas. L'OASES-SD a été administrée en association avec d'autres outils de mesure, à savoir une liste de contrôle sociodémographique (pour comparer

les antécédents socio-démographiques entre les groupes de participants et déterminer la présence d'une rééducation logopédique antérieure), l'OASES-SD (pour évaluer l'impact du trouble sur la qualité de vie), un test d'attitude face à la communication en néerlandais (sous forme d'un questionnaire vrai/faux de 33 items, CAT-D), une échelle d'auto-évaluation de la sévérité du bégaiement (échelle SA), suivie d'une échelle d'auto-évaluation de la satisfaction de la parole (sous forme d'une échelle de Likert à 5 points) et la CA Scale, une échelle d'évaluation de la sévérité du bégaiement par le clinicien. Seuls le questionnaire sociodémographique et l'OASES-SD ont été administrés aux enfants ne présentant pas de bégaiement. Les comparaisons entre l'OASES-SD et les autres outils administrés ont abouti à la conclusion que l'échelle présente une bonne validité concurrente. Les corrélations entre le score global de l'OASES-SD et les échelles SA, SS et CA Scale se situaient entre -.52 et -.56. La corrélation entre l'échelle CAT-D et le score global de l'OASES-SD était la plus élevée ( $\rho = .75$ ). La validité de construction a pu être observée en comparant les scores à l'OASES-SD des enfants qui bégaiant avec ceux qui ne bégaiant pas. Ainsi, des différences significatives entre les enfants qui bégaiant et ceux qui ne bégaiant pas pour les sections et le score total de l'OASES-SD ( $F$  variant entre 27.754 et 99.828,  $p < .001$ ) ont été mises en évidence. Les auteurs ont également observé une différence significative entre les scores obtenus à l'OASES-SD suivant le niveau de sévérité du bégaiement évalué par la CA Scale ( $F=17.026$ ,  $p < .001$ ). La cohérence interne s'est révélée élevée pour les sections et le score total de l'OASES (alpha entre .82 et .92), avec un alpha de Cronbach supérieur à .70, excepté pour la section I avec une consistance interne seulement modérée ( $\alpha=.54$ ). La version de l'OASES-S traduite en néerlandais (OASES-SD) semble donc être un outil fiable et valide. Une limitation éventuelle se retrouve dans le faible nombre de participants présentant un bégaiement sévère, en comparaison avec l'échantillon anglo-américain. Il serait donc intéressant d'évaluer l'OASES-SD sur des groupes de participants nivelés par niveau de sévérité et/ou par étape dans le processus thérapeutique.

L'OASES-S a également été traduite en portugais (Rocha et al., 2021). Dans l'étude de Rocha et al. (2021), 50 enfants de 7 à 12 ans ont été recrutés. L'objectif était de valider la version portugaise du Portugal de l'OASES-S, intitulée « OASES-S-PT ». En plus de l'OASES-S-PT administrée aux enfants, d'autres données ont été récoltées. En effet, la sévérité de leur bégaiement a été évaluée grâce à l'échelle SSI-4 de Riley, sur une lecture d'histoire portugaise afin de confirmer le diagnostic de bégaiement. Des informations ont été récoltées sur le bégaiement des enfants et sur les antécédents sociodémographiques tels que le sexe, les suivis antérieurs, le niveau d'éducation et les antécédents familiaux de bégaiement. Pour valider

l'échelle, plusieurs analyses statistiques ont été effectuées : la cohérence interne (alpha de Cronbach allant de .84 à .96) et la fiabilité test-retest (90,83 % des réponses aux items étaient identiques). Ces analyses ont conduit à la validation de l'échelle. Les données recueillies dans cette étude pour l'OASES-S-PT ont été comparées aux données américaines, australiennes et néerlandaises. Des différences significatives ont été observées avec les données américaines pour la section I et la section III ( $t=2.98$  et  $t=-3.42$ ,  $p<.01$ ), avec les données australiennes pour la section II, III et IV ( $t=-8,62$ ,  $t=18,12$  et  $t=-12,83$ ,  $p<.01$ ) et avec la version néerlandaise pour la section III ( $t=-2,87$ ,  $p<.01$ ).

Une traduction et une validation de l'OASES-S en suédois ont également été effectuées par Lindström et ses collaborateurs (2020). Un échantillon de 32 enfants suédois, âgés de 7 à 12 ans, a été utilisé. En plus de l'OASES-SS, la version suédoise du CAT-S (Communication Attitude test), une échelle d'auto-évaluation sur les attitudes de communication, a également été administrée auprès des enfants. La cohérence interne du score total et des sections de l'OASES-SS (alpha de Cronbach entre .29 et .89) est élevée à l'exception de la section I « Informations générales » avec des alphas de Cronbach inférieurs à .80 ( $\alpha=.29$ ). Pour la validité de construction, toutes les sections de l'échelle et le score d'impact global étaient corrélés. Les corrélations variaient entre .34 et .92 pour l'OASES-SS. La validité concurrente, évaluée en comparant les résultats obtenus au score total et aux différentes sections de l'OASES-SS à ceux du CAT-S ( $r$  variant entre .56 et .86,  $p=.01$ ), était suffisamment élevée. Les scores obtenus à l'échelle OASES-SS dans cette étude ont été comparés aux données américaines et néerlandaises. Les scores d'impact globaux obtenus pour l'OASES-SS étaient différents par rapport aux données néerlandaises ( $t=2.17$ ,  $p=.032$ ) mais après l'ajustement de Bonferroni ( $p=.01$ ), cette différence n'était pas significative.

Une traduction et une validation de la version polonaise de l'OASES-S a également été effectuée en 2023 par Wersierka et al. Un total de 55 enfants polonais qui bégayaient, âgés de 7 à 12 ans, ont rempli la version polonaise de l'OASES-S. Les calculs des alphas de Cronbach ont montré une bonne cohérence interne pour les sections et le score total de l'OASES-S-PL (variant entre  $\alpha=.785$  et  $\alpha=.959$ ). Les résultats obtenus à l'OASES-S-PL ont été comparés aux versions américaines, suédoises et néerlandaises. Les scores de la section I de l'OASES-S-PL étaient significativement supérieurs, comparativement à la version américaine ( $t= 3.520$ ,  $p<.01$ ). Les scores de la section II ( $t=3.494$ ,  $p<.01$ ), la section IV ( $t=2.505$ ,  $p<.05$ ) et le score global ( $t=2.132$ ,  $p<.05$ ) étaient significativement supérieurs à la version néerlandaise. La comparaison entre les sections et le score total de l'OASES-S-PL et la version suédoise n'ont pas montré de différence significative.

### III. Objectifs et hypothèses

Notre objectif principal repose sur la poursuite de la validation de la version francophone d'un outil d'évaluation spécifique, à savoir l'échelle « Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering » (OASES) pour les enfants d'âge scolaire (OASES-S), les adolescents (OASES-T) et les adultes (OASES-A). Cette dernière nous permettra d'évaluer l'impact du bégaiement sur le quotidien d'une population élargie en âge mais aussi de préciser le diagnostic de bégaiement pour ainsi mieux cibler les objectifs de prise en charge logopédique. Notre problématique est donc la suivante : *l'échelle OASES, traduite en langue française, est-elle un outil d'évaluation valide pour déterminer l'impact du bégaiement sur la qualité de vie des enfants, des adolescents et des adultes qui bégaiement ?*

Plusieurs versions traduites et valides de l'OASES ont déjà vu le jour dont les versions australienne, japonaise, néerlandaise, perse, portugaise du Brésil, portugaise du Portugal, polonaise, hébraïque, suédoise et en kannada, ainsi que certains mémoires sur le sujet. Parmi eux, Gantier (2018), Jadoul (2022) et Guillaume (2023) ont amorcé la validation de la version francophone pour les enfants de 7 à 12 ans ( $N = 13$  ;  $N = 14$  ;  $N = 12$ ). Sanches Afonso (2019) a amorcé la validation de l'échelle OASES-A pour les adultes ( $N = 21$ ). Enfin, Beuloye (2022) et Doudot (2023) ont amorcé la validation de l'échelle OASES-T pour les adolescents ( $N = 5$  ;  $N = 8$ ). Toutes nécessitent de poursuivre la récolte de données.

Cette étude vise à investiguer les qualités psychométriques des trois versions de l'OASES, traduites en français (OASES-A, OASES-T, OASES-S), notamment :

- La consistance interne, en vérifiant que le test mesure bien un seul et même concept (les performances aux différents items d'une même section du test doivent être corrélées entre elles). Nous nous attendons donc à observer une consistance interne élevée pour chaque sous-section de l'OASES, via un alpha de Cronbach supérieur à .70 (Peterson, 1994).
- La validité concurrente, examinant dans quelle mesure les résultats de ce test sont corrélés avec les résultats d'autres tests mesurant le même concept et ayant été validés ou standardisés, via des corrélations de Spearman. Nous nous attendons à observer des corrélations élevées, supérieures à .60 (Hinkle et al., 1998, cités par Lankman et al., 2015).

Pour l'OASES-S, nous allons observer si l'échelle LSAS-CA (évaluant l'anxiété sociale) est corrélée avec la section III de l'OASES-S (évaluant l'impact du bégaiement sur la

communication dans les situations quotidiennes) et si l'échelle PedsQL (évaluant la qualité de vie) est corrélée avec la section IV de l'OASES-S (évaluant l'impact du bégaiement sur la qualité de vie) et avec son score total.

Pour l'OASES-T, nous allons observer si l'échelle LSAS-CA (évaluant l'anxiété sociale) est corrélée avec la section III de l'OASES-T (évaluant l'impact du bégaiement sur la communication dans les situations quotidiennes); si l'échelle PedsQL (évaluant la qualité de vie) et le SWLS (évaluant la satisfaction de vie) sont corrélés avec la section IV de l'OASES-T (évaluant l'impact du bégaiement sur la qualité de vie) ainsi qu'avec son score total et si l'UTBAS-6 (évaluant les croyances associées à l'anxiété de la parole) est corrélée avec la section II de l'OASES-T (évaluant les réactions face au bégaiement).

Pour l'OASES-A, nous vérifierons que l'échelle UTBAS-6 (évaluant les croyances associées à l'anxiété de la parole) et l'échelle 4S (évaluant la perception du bégaiement) sont corrélées à la section II de l'OASES-A (évaluant les réactions face au bégaiement); que l'échelle LSAS-SR (évaluant l'anxiété sociale) est corrélée avec la section III de l'OASES-A (évaluant l'impact du bégaiement sur la communication dans les situations quotidiennes) et que le SWLS (évaluant la satisfaction de vie) est corrélé avec la section IV (évaluant l'impact du bégaiement sur la qualité de vie).

- La fidélité test-retest, en émettant l'hypothèse que les scores obtenus par les participants aux différentes sections de l'OASES à un premier instant t (T1) seront similaires aux scores obtenus par les mêmes participants à un deuxième instant t (T2). Des corrélations de Spearman seront donc effectuées entre le T1 et le T2 pour l'ensemble des sections ainsi que pour le score d'impact total. Des corrélations qui varient entre .70 et .80 refléteront la fiabilité de l'échelle et des corrélations supérieures à .90 seront considérées comme élevées (Christ & Nelson, 2014).

Nous nous posons des questions supplémentaires :

#### Concernant les enfants,

- Nous nous demandons s'il existe un lien entre l'impact du bégaiement sur la qualité de vie et le degré de sévérité du bégaiement. Pour le vérifier, nous allons corréler les scores obtenus aux différentes sections de l'OASES-S aux scores de sévérité obtenus par le SSI-4 d'une part et aux différentes évaluations obtenues à l'échelle Lidcombe d'autre part.

- Nous nous interrogeons également sur l'existence d'un lien éventuel entre le vécu des parents et la qualité de vie des enfants. Des corrélations seront donc effectuées entre les sections du Palin PRS et celles de l'OASES-S.

#### Concernant les adolescents.

- Nous nous demandons s'il existe un lien entre l'impact du bégaiement sur la qualité de vie et le degré de sévérité du bégaiement. Pour le vérifier, des corrélations seront effectuées entre les scores obtenus aux différentes sections de l'OASES-T et les scores de sévérité obtenus par le SSI-4 d'une part et les différentes évaluations obtenues à l'échelle Camperdown d'autre part.
- L'existence d'un lien éventuel entre l'impact du bégaiement sur la qualité de vie des adolescents et la satisfaction liée à la parole et à la communication est également investiguée. Des corrélations seront ainsi effectuées entre les sections de l'OASES-T et la SA scale d'une part et la SCESS d'autre part.
- Nous nous interrogeons également sur l'existence d'un lien éventuel entre le vécu des parents et l'impact du bégaiement sur la qualité de vie des adolescents. Des corrélations seront donc effectuées entre les sections du Palin PRS et celles de l'OASES-T.
- L'existence d'un lien éventuel entre le niveau ressenti d'effort dédié à la fluence et la qualité de vie des adolescents qui bégaiement est également investigué. Des corrélations seront donc effectuées entre la section IV de l'OASES-T et le questionnaire d'effort dédié à la fluidité.

#### Concernant les adultes.

- Nous nous demandons s'il existe un lien entre l'impact du bégaiement sur la qualité de vie et le degré de sévérité du bégaiement. Des corrélations de Spearman seront donc effectuées entre les différentes sections de l'OASES-A et les scores obtenus au SSI-4 d'une part, ainsi que les différentes évaluations à l'échelle Camperdown d'autre part.
- Nous nous interrogeons également sur l'existence d'un lien éventuel entre l'impact du bégaiement sur la qualité de vie et la satisfaction liée à la parole des adultes d'une part et la satisfaction liée à la communication d'autre part. Des corrélations seront ainsi effectuées entre les sections de l'OASES-A et la SA scale d'une part et la SCESS d'autre part.
- Enfin, l'existence d'un lien éventuel entre le niveau d'effort dédié à la fluence ressenti et la qualité de vie des adultes qui bégaiement est également investigué. Des corrélations entre la section IV de l'OASES-A et le questionnaire d'effort dédié à la fluence ressenti seront donc effectuées.

## IV. Méthodologie

### 1. Participants

Les données recueillies dans ce mémoire ont été ajoutées à celle des mémoires précédents, issus de la même thématique. Les analyses statistiques sont donc réalisées sur l'ensemble des données :

- Pour les enfants, nos données ( $N = 6$ , 6 garçons de 7;5 ans à 11;4 ans) ont été ajoutées à celles de Gantier ( $N = 14$ ), Jadoul ( $N = 14$ ) et Guillaume ( $N = 12$ ).
- Pour les adolescents, nos données ( $N = 9$ , 7 garçons et 2 filles de 13 à 17 ans) ont été ajoutées à celles de Beuloye ( $N = 5$ ) et Doudot ( $N = 8$ ).
- Pour les adultes, nos données ( $N = 19$ , 5 femmes et 14 hommes de 21 à 76 ans) ont été ajoutées à celles de Sanches Afonso ( $N = 21$ ).

Nos échantillons sont donc respectivement composés de 45 enfants, 22 adolescents, et 40 adultes. Les participants étaient tous domiciliés en France ou en Communauté française de Belgique. Cet échantillon empirique suit la méthode de convenance pour laquelle les participants sont recrutés sur base de leur volonté. La répartition des participants selon leur âge et leur sexe est représentée dans le tableau 1. La répartition des participants selon leur éventuel suivi logopédique est représentée dans le tableau 2. Les données de trois participants (adolescents) étaient manquantes et n'ont donc pas été prises en compte dans le calcul.

Tableau 1. Répartition des participants selon leur âge et leur sexe

<b>Total <math>N = 107</math></b>	<b>Enfants <math>N = 45</math></b>			<b>Adolescents <math>N = 22</math></b>	<b>Adultes <math>N = 40</math></b>		
<b>Genre</b>	<b>Total</b>	<b>10 ♂</b>	<b>35 ♀</b>	<b>Total (7 ♂, 15 ♀)</b>	<b>Total</b>	<b>13 ♂</b>	<b>27 ♀</b>
<b>Age moyen</b>	9.7	10	9.6	14.5	34.6	34.5	33.5
<b>Écart-type</b>	1.51	1.98	1.37	1.58	13.93	15.74	15.66
<b>Médiane</b>	9.33	10.46	9.08	14.17	28	28	27.5
<b>Minimum</b>	7	7	7	12	19	19	21
<b>Maximum</b>	12	12	12	17	76	57	76

Tableau 2. Répartition des participants selon leur suivi en thérapie logopédique



<b>Total</b> <i>N</i> = 107	<b>Enfants</b> <i>N</i> = 45	<b>Adolescents</b> <i>N</i> = 22	<b>Adultes</b> <i>N</i> = 40
<b>Participants suivis actuellement</b>	43	15	17
<b>Participants antérieurement suivis</b>	2	1	19
<b>Participants n’ayant jamais été suivis</b>	0	1	4
<b>Données manquantes</b>	/	5	/

Le recrutement s’est réalisé par le biais de logopèdes/orthophonistes, en contact avec des personnes qui bégaièrent. Nous avons également eu recours aux réseaux sociaux (Facebook) afin de maximiser le nombre de participants. Parmi les critères d’inclusion utilisés, la tranche d’âge admise pour les enfants était de 7 à 12 ans, pour les adolescents de 13 à 17 ans et pour les adultes, à partir de 18 ans. La maîtrise de la langue française était requise ainsi que la persistance d’un bégaiement développemental dont le diagnostic a été posé préalablement par un professionnel de santé. Nous avons exclu les participants illettrés ou analphabètes, présentant un déficit sensoriel ou bien une déficience intellectuelle. Ces critères ont été établis sur base des deux éléments suivants : la compréhension claire et précise des questions posées ainsi que le fait que le bégaiement ne soit pas consécutif à une autre condition biomédicale. Cependant, étant donné la fréquence de cooccurrence de certains troubles, nous avons accepté les participants qui présentaient également un trouble développemental du langage, une dyspraxie verbale, un TDAH, une dyslexie et/ou une dysorthographe.

Des formulaires d’informations et de consentement leur étaient préalablement fournis (minimum 10 jours avant) par courrier électronique (ainsi qu’à leurs parents pour les participants mineurs) afin de s’assurer de leur bonne compréhension et de leur accord quant à leur participation à l’étude. Le questionnaire anamnestique, joint aux autres documents, nous renseignait sur l’âge, le sexe, le niveau socio-économique, le niveau de formation ainsi que les antécédents médicaux des participants et de leur entourage. Celui-ci nous permettait aussi d’investiguer leur histoire vis-à-vis du bégaiement, l’âge d’apparition du trouble, la présence de troubles langagiers dans la famille du participant ainsi que l’éventuelle mise en place d’une thérapie logopédique et les progrès qui en ont découlé ou en découlent actuellement.

## **2. Outils**

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

## **2.1. SSI-4**

Le « Stuttering Severity Instrument-Fourth Edition » ([SSI-4], Riley, 2009) (voir annexe 2) est un outil de screening international qui permet de juger la sévérité du bégaiement et de confirmer son diagnostic. L'objectif est de récolter un échantillon de parole comprenant un minimum de 200 syllabes, au travers d'une discussion spontanée de 5 minutes suivie d'une tâche de lecture de texte à voix haute. Seule la discussion spontanée est utilisée chez les non-lecteurs.

Un score de fréquence est d'abord calculé : il correspond au pourcentage de syllabes bégayées dans l'échantillon de parole, prenant en compte les disfluences telles que les répétitions, les blocages et les allongements. La durée des disfluences est ensuite calculée en faisant la moyenne des durées des trois épisodes de bégaiement les plus longs. Enfin, une échelle allant de 1 à 5 permet d'établir le score des mouvements concomitants relatifs aux épisodes de bégaiement (0 = aucun, 1 = pas perceptible à moins de le chercher, 2 = à peine perceptible pour un observateur occasionnel, 3 = distrayant, 4 = très distrayant, 5 = aspect sévère et douloureux), le but étant de déterminer à quel point ces facteurs dérangent l'auditeur. Ils sont classés comme suit : les sons distrayants (déglutition, hémmeage...), les grimaces faciales (langue sortie, pression des lèvres...), les mouvements de tête (arrière/avant, contact visuel...) et les mouvements des extrémités (bras, mains autour du visage...). Le score total se calcule en additionnant le score de fréquence, le score de durée et le score des mouvements concomitants puis il est converti en rang centile afin de spécifier la performance du patient. Cette passation requiert un enregistrement vidéo permettant de compléter le protocole ultérieurement. Le score total sera comparé aux scores obtenus aux différentes sections de l'OASES.

## **2.2.Échelle d'auto-évaluation de la sévérité du bégaiement**

### **2.2.1. Échelle de sévérité du programme Camperdown (0-8)**

Cette échelle (voir annexe 3) d'évaluation est issue du programme Camperdown, un programme structuré de modelage de la fluence dédié aux adultes et aux adolescents de plus de 13 ans. Il est demandé au participant d'auto-évaluer la sévérité de son bégaiement sur une échelle allant de 0 à 8 (0 = aucun bégaiement, 1-2 = bégaiement extrêmement léger, 3-4 = bégaiement léger, 5-6 = bégaiement modéré, 7-8 = bégaiement sévère) sur base de la discussion ayant eu lieu précédemment (SSI-4) d'une part puis de manière générale d'autre part (ces derniers temps). Le clinicien doit lui aussi évaluer le niveau de sévérité du bégaiement du

participant sur base de la discussion précédente, en gardant sous silence son jugement. Il prendra en compte le nombre de répétitions, la durée des épisodes de bégaiement lors de la parole, la longueur des blocages, les mouvements parasites mais aussi les comportements de forçage ou d'évitement. De plus, pour les adolescents, le parent doit juger la sévérité du bégaiement de son enfant en général sur cette même échelle. Les scores obtenus aux différentes évaluations de l'échelle Camperdown seront comparés aux différentes sections de l'OASES-T et de l'OASES-A.

### 2.2.2. Échelle de sévérité du programme Lidcombe (0-9)

Cette échelle est issue du programme Lidcombe, dédié aux enfants d'âge préscolaire. Au sein du programme, une échelle d'auto-évaluation allant de 0 à 9 (0 = pas de bégaiement, 9 = sévérité extrême du bégaiement), est soumise aux parents et aux enfants afin de juger la sévérité du bégaiement. L'enfant doit la compléter sur base de l'épreuve précédente (discussion et lecture de texte du SSI-4) ainsi qu'au regard de son quotidien général (ces derniers temps). Le clinicien doit lui aussi évaluer le niveau de sévérité du bégaiement et plus précisément le niveau de fluidité de parole du participant sur base de la discussion précédente, en gardant sous silence son jugement. Il prendra en compte le nombre de répétitions, la durée des épisodes de bégaiement lors de la parole, la longueur des blocages, les mouvements parasites mais aussi les comportements de forçage ou d'évitement. De plus, le parent doit juger la sévérité du bégaiement de son enfant en général sur cette même échelle. Les scores obtenus aux différentes évaluations de l'échelle seront comparés aux différentes sections de l'OASES-S.

## 2.3. OASES

L'échelle « Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering » ([OASES], Yaruss & Quesal, 2016) est l'échelle internationale la plus répandue pour évaluer l'impact du bégaiement sur la qualité de vie des personnes qui bégaiant. Il existe trois versions francophones selon l'âge des participants : l'OASES-S pour les enfants (7 à 12 ans), l'OASES-T pour les adolescents (13 à 17 ans) et l'OASES-A pour les adultes (18 ans et plus). Cet outil se présente sous la forme d'une échelle de Likert allant de 1 à 5 pour chaque question des quatre sections de l'OASES. Ces questions examinent les différents aspects des expériences relatives au bégaiement, vécues actuellement par les participants. Ces derniers doivent simplement entourer le chiffre approprié à leur réponse subjective. Certaines questions ne s'appliquent pas à tout le monde. Si tel est le cas, alors le participant doit simplement cocher la case « *ne s'applique pas* » puis passer à la question suivante. L'OASES sera administrée à deux reprises, la seconde sera

réalisée 10 à 14 jours après la première administration. La cotation consiste en l'addition de tous les scores obtenus pour chaque section. Ils seront ensuite divisés par le nombre d'items complétés afin d'obtenir un score total d'impact. Plus le score est élevé, plus l'impact est considéré comme important. Cet impact est ainsi jugé comme étant « léger, léger à modéré, modéré, modéré à sévère ou sévère ».

### 2.3.1. OASES-A

L'OASES-A (voir annexe 4) comprend 100 items auxquels la personne doit répondre sur une échelle de Likert allant de 1 à 5 (1 = toujours, 2 = fréquemment, 3 = parfois, 4 = rarement, 5 = jamais). Sa passation dure environ 20 minutes. Elle se compose de quatre sections différentes :

- Section I « Informations générales » (exemples d'items : « *À quelle fréquence êtes-vous capable de parler de manière fluide (sans bégayer) ?* »)
- Section II « Réactions par rapport au bégaiement » (exemples d'items : « *À quelle fréquence éprouvez-vous de la tension physique quand vous bégayez ?* »).
- Section III « Communication quotidienne » (exemples d'items : « *Lors des situations sociales, à quel point est-il difficile pour vous de raconter une blague ou des histoires ?* »).
- Section IV « Qualité de vie » (exemples d'items : « *À quel point votre qualité de vie globale est-elle affectée négativement par votre bégaiement ?* »)

### 2.3.2. OASES-T

L'OASES-T (voir annexe 5) comprend 80 items auxquels l'adolescent doit répondre sur une échelle de Likert allant de 1 à 5 (exemple : 1 = toujours, 2 = fréquemment, 3 = parfois, 4 = rarement, 5 = jamais). Elle se compose de quatre sections différentes :

- Section I « Informations générales » (exemples d'items : « *À quelle fréquence ta parole te paraît-elle « naturelle » (c'est-à-dire comme celle des autres personnes) ?* »)
- Section II « Réactions par rapport au bégaiement » (exemples d'items : « *À quelle fréquence est-ce que tu ressens de la tension physique dans les muscles de ton corps quand tu bégayes ?* »).
- Section III « Communication quotidienne » (exemples d'items : « *À l'école, à quel point est-ce difficile pour toi de faire une présentation ou parler devant la classe ?* »).
- Section IV « Qualité de vie » (exemples d'items : « *À quel point ton bégaiement interfère-t-il avec ta capacité à réussir à l'école ?* »).

### 2.3.3. OASES-S

L'OASES-S (voir annexe 6) comprend 60 items auxquels l'enfant doit répondre sur une échelle de Likert allant de 1 à 5 (exemple : 1 = toujours, 2 = fréquemment, 3 = parfois, 4 = rarement, 5 = jamais). Elle se compose de quatre sections différentes :

- Section I « Informations générales » (exemples d'items : « *Quand dis-tu exactement ce que tu veux dire, même si tu penses que tu pourrais bégayer ?* »)
- Section II « Réactions par rapport au bégaiement » (exemples d'items : « *À quelle fréquence est-ce que tu laisses d'autres personnes parler pour toi ?* »).
- Section III « Communication quotidienne » (exemples d'items : « *À la maison, à quel point est-ce difficile pour toi de parler avec tes parents ou les personnes qui s'occupent de toi ?* »).
- Section IV « Qualité de vie » (exemples d'items : « *À quel point ton bégaiement t'empêche-t-il de parler à tes amis ?* »)

### 2.4. Échelles d'anxiété sociale (LSAS-CA et LSAS-SR)

Deux échelles (LSAS-CA et LSAS-SR, voir annexe 7 et 8) seront utilisées dans cette étude suivant l'âge des participants : « Liebowitz Social Anxiety Scale - Children and Adolescents » ([LSAS-CA], Schmits et al., 2014) pour les enfants et les adolescents et « Liebowitz Social Anxiety Scale - Self Reported » ([LSAS-SR], Heeren et al., 2012) pour les adultes. Ces dernières ont pour objectif de mesurer l'anxiété sociale et sont utilisées afin d'évaluer la validité concourante avec la section III « Communication dans les situations quotidiennes » de l'OASES. Chacune se compose de deux échelles de Likert allant de 0 à 3 (0 = aucune, 1 = légère, 2 = moyenne, 3 = sévère). Une est destinée à évaluer le niveau de peur ou d'anxiété et l'autre est destinée à évaluer le niveau d'évitement (la tendance à vouloir fuir une situation). Par exemple, nous demandons d'évaluer le niveau de peur ou d'anxiété et le niveau d'évitement face à la situation « *Lire à voix haute en classe* » pour les enfants et les adolescents et « *Faire un compte-rendu à un groupe* » pour les adultes. Un score d'anxiété et un score d'évitement sont donc obtenus. Ces derniers sont calculés en additionnant les chiffres correspondant au jugement des 24 situations. Un score plus élevé correspond à une anxiété sociale plus importante.

## 2.5. PedsQL

« The Pediatric Quality of Life Inventory » ([PedsQL], Varni et al., 1999) est un inventaire de qualité de vie pédiatrique. Ce dernier se présente sous la forme d'une échelle de Likert dont il existe trois versions différentes : une destinée aux adolescents (13 à 18 ans) et deux autres destinées aux enfants (5-7 ans et 8-12 ans, respectivement). Son objectif est de mesurer la qualité de vie d'une population d'âge mineur. Il s'agit d'une mesure générale, non spécifique à une pathologie. Cette échelle permet d'évaluer la validité concourante avec la section IV « Qualité de vie » de l'OASES ainsi qu'avec son score total. La cotation consiste en la conversion des scores établis aux différents items sur une échelle allant de 0 à 100. Chaque score admis correspond donc à un score spécifique sur cette échelle (0=100, 1=75, 2=50, 3=25 et 4=0 pour la version 8-12 ans et 13-18 ans et 0=100, 2=50, 4=0 pour la version 5-7 ans). Plus le score est élevé, plus la qualité de vie est élevée.

### 2.5.1. PedsQL pour les enfants de 5 à 7 ans

La version destinée aux enfants de 5 à 7 ans (voir annexe 9) se compose de 23 items répartis en quatre catégories différentes : les 8 premiers items concernent le fonctionnement physique (par exemple : « *As-tu de la difficulté à marcher ?* »), les 5 items suivants concernent le fonctionnement émotionnel (par exemple : « *Es-tu en colère ?* »), les 5 items suivants concernent le fonctionnement social (par exemple : « *As-tu du mal à suivre les autres enfants lorsque tu joues avec eux ?* ») et les 5 derniers items concernent le fonctionnement scolaire (par exemple : « *As-tu du mal à faire tous tes devoirs ?* »). L'enfant doit indiquer à quel point les 23 situations qui lui sont présentées oralement, représentent un problème pour lui actuellement. Pour ce faire, l'enfant dispose d'un support sur lequel figure trois smileys d'expression différente : il doit montrer la figure souriante lorsque la situation présentée ne représente pas un problème pour lui, la figure neutre lorsqu'elle représente parfois un problème pour lui, enfin la figure triste lorsque la situation présentée représente un gros problème pour lui.

### 2.5.2. PedsQL pour les enfants de 8 à 12 ans

La version destinée aux enfants de 8 à 12 ans (voir annexe 10) se compose de 23 items répartis en quatre catégories différentes : les 8 premiers items concernent la santé et les activités (par exemple : « *J'ai des difficultés à marcher plus loin que le coin de la rue* »), les 5 items suivants concernent les émotions (par exemple : « *Je me sens triste* »), les 5 items suivants concernent les relations avec les autres enfants (par exemple : « *Les autres enfants ne veulent*

*pas être mes amis* ») et les 5 derniers items concernent l'école (par exemple : « *Je manque l'école parce que je me sens mal* »). L'enfant doit indiquer à quel point les 23 situations qui lui sont présentées oralement, représentent un problème pour lui au cours du dernier mois. Ce jugement se réalise sur une échelle de Likert allant de 0 à 4 (0 = jamais, 1 = presque jamais, 2 = parfois, 3 = souvent, 4 = presque toujours) pour laquelle le participant doit encercler le chiffre correspondant à sa réponse subjective.

### 2.5.3. PedsQL pour les adolescents

La version destinée aux adolescents de 13 à 18 ans (voir annexe 11) se compose de 15 items répartis en quatre catégories différentes : les 5 premiers items concernent la santé et les activités (par exemple : « *J'ai de la difficulté à courir* »), les 4 items suivants concernent les émotions (par exemple : « *J'ai peur* »), les 3 items suivants concernent les relations avec les autres adolescents (par exemple : « *J'ai du mal à m'entendre avec les autres adolescents* ») et les 3 derniers items concernent le sujet de l'école (par exemple : « *J'ai du mal à écouter en classe* »). Le participant doit indiquer à quel point les 23 situations qui lui sont présentées oralement, représentent un problème pour lui au cours du dernier mois. Ce jugement se réalise sur une échelle de Likert allant de 0 à 4 (0 = jamais, 1 = presque jamais, 2 = parfois, 3 = souvent, 4 = presque toujours) pour laquelle le participant doit encercler le chiffre correspondant à sa réponse subjective.

## 2.6. SWLS

« Satisfaction with life scale » ([SWLS], Blais et al., 1989) (voir annexe 12) est une échelle de satisfaction de vie dont l'objectif est d'obtenir des jugements cognitifs globaux sur la satisfaction de vie relative à la qualité de vie des adultes et des adolescents. Elle permet d'évaluer la validité concourante de la section IV « Qualité de vie » de l'OASES-A et de l'OASES-T avec une autre échelle de qualité de vie. Elle se compose de cinq énoncés spécifiques (par exemple : « *En général, ma vie correspond de près à mes idéaux* ») pour lesquels le participant doit indiquer son degré d'accord ou de désaccord. Ce jugement se réalise sur une échelle de Likert allant de 1 à 7 (1 = fortement en désaccord, 2 = en désaccord, 3 = légèrement en désaccord, 4 = ni en désaccord ni en accord, 5 = légèrement en accord, 6 = en accord, 7 = fortement en accord) pour laquelle le participant doit encercler le chiffre correspondant à sa réponse subjective. La cotation consiste en l'addition des scores obtenus à chaque énoncé, donnant lieu à un score total sur 35. Plus ce dernier est élevé, plus la satisfaction de vie est importante.

## 2.7. UTBAS-6

L'« Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering Scale » ([UTBAS-6], ST Clare et al., 2009) (voir annexe 13) a été créé en 2009 par St.Clare et ses collaborateurs. Cette échelle permet de dépister les croyances associées à l'anxiété de la parole chez les adultes et les adolescents. Nous avons utilisé la version raccourcie créée par Iverach et ses collaborateurs en 2016. Cette dernière se compose de six énoncés reflétant différentes pensées (par exemple : « *Je ne connaîtrai jamais le succès à cause de mon bégaiement* »). Il est demandé au participant de juger la fréquence de survenue de ces pensées, le degré de croyance en ses pensées ainsi que l'anxiété occasionnée par ces pensées. Ce jugement se réalise sur une échelle de Likert allant de 1 à 5 (1 = jamais ou pas du tout, 2 = rarement ou un peu, 3 = parfois ou plutôt, 4 = souvent ou beaucoup, 5 = toujours ou totalement) pour laquelle le participant doit encrer le chiffre correspondant à sa réponse subjective pour chacun des critères revendiqués (fréquence, croyance et anxiété). La cotation consiste en l'addition de tous les scores donnant lieu à un score total variant entre 6 et 30. Plus ce score est élevé, plus les croyances relatives aux énoncés présentés sont péjoratives. Cette échelle permet d'évaluer la validité concourante avec la section II « Réactions face au bégaiement » de l'OASES-T et de l'OASES-A.

## 2.8. Questionnaire en 3 items sur la parole perçue

Ce questionnaire (voir annexe 14), administré aux adultes et aux adolescents, permet d'évaluer, de manière exploratoire, la corrélation entre la qualité de vie et l'effort dédié à la fluidité, la qualité de vie et la satisfaction liée à la parole et la qualité de vie et la satisfaction liée à la communication.

### 2.8.1. Questionnaire d'effort dédié à la fluidité (Sakai et al., 2017)

Il est d'abord demandé aux participants de s'auto-évaluer quant à la proportion d'effort dédiée à la fluence par rapport à l'ensemble de l'effort mental requis pour prendre la parole, sur une échelle allant de 0 à 10 par tranche de 10%. Ils doivent ainsi répondre à la question « *Quelle est la proportion d'effort dédié à la fluence par rapport à l'ensemble de l'effort mental requis pour prendre la parole ?* ».



### 2.8.2. SA scale (Huinck & Rietveld, 2007)

Il est ensuite demandé aux participants d'évaluer la qualité de leur parole, sur une échelle allant de 0 à 10 (0 = très mauvaise, 10 = très bonne). Ils doivent ainsi répondre à la question « *De manière générale, comment évalueriez-vous votre parole sur une échelle de 0 à 10 ?* ». Si la question n'est pas suffisamment claire pour le participant, l'examineur précise qu'il faut prendre en compte la fréquence du bégaiement, sa sévérité et le sentiment subjectif associé à la parole.

### 2.8.3. SCESS scale (Karimi et al., 2018)

Le « Satisfaction with Communication in Everyday Speaking Situations » (SCESS) est une échelle de satisfaction de la parole. Il est demandé aux participants d'évaluer à quel point il est satisfait de sa communication quotidienne, et ce, sur une échelle inversée allant de 0 à 9 (0 = extrêmement satisfait, 9 = extrêmement insatisfait). Ils doivent donc répondre à la question « *En considérant toutes les problématiques associées au bégaiement, à quel point êtes-vous satisfait actuellement de votre communication dans les situations de la vie quotidienne ?* ». Certains participants ont complété la version précédente. Cette dernière reflète une échelle allant de 0 à 5 tandis que l'échelle actuelle s'étend de 0 à 9. Ainsi, les scores ont été convertis pour les participants concernés afin de traiter les résultats intégralement.

## 2.9. Palin PRS

L'échelle « Palin Parent Rating Scales » ([Palin PRS], Millard & Davis, 2016) (voir annexe 15) s'adresse aux parents de mineurs (enfants et adolescents). Son objectif est d'évaluer la perception du parent et son vécu relatif au trouble que présente son enfant ainsi que son impact global sur les enfants et les parents. Cette échelle permet d'évaluer, de manière exploratoire, la corrélation entre les scores obtenus aux sections du Palin PRS et les scores obtenus pour chaque section de l'OASES-S et de l'OASES-T. Elle comprend 19 items auxquels le participant doit répondre sur une échelle allant de 0 à 10 (0 = pas du tout, 10 = totalement confiant). Ces items sont répartis en trois sections distinctes :

- Section 1 : L'impact du bégaiement sur votre enfant (exemple d'items : « *Votre enfant parle-t-il moins à cause du bégaiement ?* »)
- Section 2 : La sévérité du bégaiement et les préoccupations des parents (exemple d'items : « *À quel point votre enfant force-t-il / lutte-t-il quand il parle ?* »)

- Section 3 : Les connaissances des parents et leur confiance dans leur gestion du bégaiement (exemple d'items : « *Comprenez-vous ce qui influence le bégaiement de votre enfant ?* »)

La cotation consiste en l'addition des scores obtenus aux trois sections. Cette somme est ensuite divisée par le nombre d'items complétés par le parent afin d'obtenir une moyenne.

## 2.10. Echelle 4S

L'échelle « Self-Stigma of Stuttering Scale » ([4S], Boyle, 2015) (voir annexe 16) a pour objectif d'évaluer la perception du bégaiement. Elle permet d'évaluer la validité concourante avec la section II « Réactions face au bégaiement » de l'OASES-A. Elle comprend 33 items répartis en trois sections distinctes :

- « Ce que vous croyez que la plupart des gens pensent des personnes qui bégaiement (lorsqu'ils les comparent aux personnes qui ne bégaiement pas) » (exemple d'items : « *La plupart des gens croient que les personnes qui bégaiement sont compétentes.* »)
- « Votre perception des personnes qui bégaiement en général » (exemple d'items : « *En général, je crois que la plupart des personnes qui bégaiement sont nerveuses.* »)
- « Votre perception de vous-même, lorsque vous vous comparez à des personnes qui ne bégaiement pas » (exemple d'items : « *À cause de mon bégaiement, je suis plus nerveux.euse que les personnes qui ne bégaiement pas* »)

Le participant doit indiquer son degré d'accord ou de désaccord pour chacun des items présentés oralement. Ce jugement se réalise sur une échelle de Likert allant de 1 à 5 (1 = pas du tout d'accord, 2 = plutôt en désaccord, 3 = ni d'accord, ni en désaccord, 4 = plutôt d'accord, 5 = entièrement d'accord) pour laquelle le participant doit encercler le chiffre correspondant à sa réponse subjective. La cotation consiste en l'addition des scores obtenus aux trois sections. Il sera nécessaire d'inverser préalablement les scores des items formulés positivement pour ensuite faire la moyenne des scores totaux des trois sections. En effet, suivant les items, un score élevé ne signifie pas toujours une perception du bégaiement négative (par exemple, « *La plupart des gens croient que les personnes qui bégaiement sont sociables* »). Plus le score est élevé, plus la perception du bégaiement est négative.

## 3. Procédure générale de passation des épreuves

Concernant les données récoltées dans ce mémoire, la plupart des participants ont effectué la passation des épreuves en visioconférence à l'aide d'une plateforme sécurisée (Teams). Afin

de maximiser le nombre de participants, deux adolescents ont effectué le testing avec leur logopède. Par conséquent, ni la discussion, ni la lecture de texte prévues pour évaluer la sévérité du bégaiement n'ont été réalisées. Les parents n'ont pas non plus rempli le Palin PRS afin de simplifier la passation. 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.

L'entretien débutait en vérifiant la bonne transmission des trois documents administratifs (formulaire d'informations, consentement éclairé, anamnèse) auprès du participant et en répondant aux questions supplémentaires. Dans le cas où des éléments restaient peu clairs, alors nous apportions l'aide nécessaire à la complétion des documents. Par la suite, l'examineur posait constamment la question suivante : « *Y a-t-il eu un évènement dans les semaines écoulées qui aurait pu avoir un impact sur le bien-être ou la qualité de vie de votre enfant ?* » (pour les participants mineurs) ; « *Y a-t-il eu un évènement dans les semaines écoulées qui aurait pu avoir un impact sur votre/ton bien-être ou votre/ta qualité de vie ?* » (pour tous les participants). Si l'un des participants répondait positivement à la question, alors nous repoussions l'entretien à quelques semaines plus tard dans le but d'écartier tout biais dans notre mesure de la qualité de vie mais cela n'a pas été nécessaire. L'échelle « *Palin Parent Rating* » était ensuite complétée auprès du parent pour les participants mineurs.

La passation des tests commençait alors par la discussion spontanée suivie de la lecture de texte à voix haute, toutes deux enregistrées au moyen d'une capture d'écran vidéo. L'échelle de sévérité du bégaiement était ensuite administrée suivie de l'OASES, la LSAS, le Peds-QL, l'UTBAS-6, le questionnaire en 3 items sur la parole perçue, l'échelle de satisfaction de vie et l'échelle 4S. La répartition des épreuves selon l'âge des participants et selon l'ordre de passation est représentée dans le Tableau 3.

Pour certains participants, l'échelle OASES a été administrée par leur logopède respective. Nous discuterons des influences potentielles du choix de l'examineur dans la partie « *discussion* » de ce mémoire. En fin d'entretien, il était expliqué aux adultes et aux parents de mineurs qu'un exemplaire du questionnaire OASES allait leur être remis 10 à 14 jours plus tard par courrier électronique et qu'ils devaient à nouveau le compléter en autonomie puis nous le renvoyer par voie numérique. Nous avons néanmoins proposé aux participants de le compléter ensemble s'ils le désiraient.

Tableau 3. Récapitulation des épreuves selon l'âge des participants et selon l'ordre de passation

Enfants	Adolescents	Adulte
<i>Palin Parent Rating Scale</i>	<i>Palin Parent Rating Scale</i>	

<i>SSI-4</i>	<i>SSI-4</i>	<i>SSI-4</i>
<i>Échelle Lidcombe</i>	<i>Échelle Camperdown</i>	<i>Échelle Camperdown</i>
<i>OASES-S (1<sup>ère</sup> passation)</i>	<i>OASES-T (1<sup>ère</sup> passation)</i>	<i>OASES-A (1<sup>ère</sup> passation)</i>
<i>LSAS-CA</i>	<i>LSAS-CA</i>	<i>LSAS-SR</i>
<i>Peds-QL (5-7 ou 8-12)</i>	<i>Peds-QL (13-18)</i>	
	<i>UTBAS-6</i>	<i>UTBAS-6</i>
	<i>Questionnaire en 3 items de la parole perçue</i>	<i>Questionnaire en 3 items de la parole perçue</i>
	<i>Satisfaction with life scale</i>	<i>Satisfaction with life scale</i>
		<i>Echelle 4S</i>
<i>OASES-S (2<sup>ème</sup> passation)</i>	<i>OASES-T (2<sup>ème</sup> passation)</i>	<i>OASES-A (2<sup>ème</sup> passation)</i>

## V. Résultats

Les données ont été traitées à l'aide de la version 9.4 du logiciel statistique SAS (Statistical Analysis System). Les variables ont été considérées comme ordinales. Les résultats sont présentés par échelle. Ainsi, nous retrouvons dans une première partie les résultats obtenus pour l'OASES-S, dans une seconde partie ceux obtenus pour l'OASES-T. Enfin, dans une troisième partie, ceux de l'OASES-A. Les tableaux des résultats principaux obtenus aux différentes échelles sont présents en annexe 17, 18 et 19.

### 1. OASES-S

#### 1.1. Analyses descriptives de l'OASES-S

Les données récoltées de l'OASES-S, la version de l'OASES spécifiquement dédiée aux enfants, sont présentées dans le tableau 4. Ce dernier contient la moyenne, l'écart-type et l'étendue des scores d'impact pour chaque section du questionnaire ainsi que le score d'impact total de la première passation de l'OASES-S chez les 46 enfants de l'étude. Dans ce tableau, les mêmes données sont également présentes pour d'autres versions validées de l'OASES-S.

*Tableau 4 : Moyennes, Écarts-types et Étendues des scores d'impact obtenus pour les versions francophone (données de ce mémoire), anglophone, néerlandophone, lusophone, suédophone et polonophone de l'OASES-S*

Sections	Mesures	Version francophone (N= 46)	Version anglophone <sup>a</sup> (N= 75)	Version néerlandophone <sup>b</sup> (N=101)	Version lusophone <sup>c</sup> (N=50)	Version suédophone <sup>d</sup> (N=32)	Version polonophone <sup>e</sup> (N=55)
I : Informations générales	<i>M</i>	2.70	2.57	2.75	3.03	2.89	2.84
	<i>(ET)</i>	(0.49)	(0.44)	(0.48)	(0.63)	(0.42)	(0.56)
	<i>Étendue</i>	1.73-3.80	1.80-3.63				
II : Réactions face au bégaiement	<i>M</i>	2.11	2.38	1.87	2.10	2.33	2.22
	<i>(ET)</i>	(0.58)	(0.70)	(0.64)	(0.40)	(0.63)	(0.75)
	<i>Étendue</i>	1.20-3.70	1.76-3.01				
III : Communication au quotidien	<i>M</i>	1.83	2.09	2.04	1.68	1.96	2.06
	<i>(ET)</i>	(0.51)	(0.74)	(0.57)	(0.43)	(0.65)	(0.78)
	<i>Étendue</i>	1.00-2.87	1.51-3.20				
IV : Qualité de vie	<i>M</i>	1.64	1.72	1.57	1.66	1.69	1.83
	<i>(ET)</i>	(0.61)	(0.59)	(0.55)	(0.41)	(0.58)	(0.76)

Score d'impact total	<i>Étendue</i>	1.00-3.50	1.51-2.13				
	<i>M</i>	2.11	2.25	2.09	2.16	2.28	2.26
	<i>(ET)</i>	(0.42)	(0.50)	(0.42)	(0.71)	(0.47)	(0.61)
	<i>Étendue</i>	1.48-3.12					

*Note.* <sup>a</sup>Yaruss & Quesal (2016) ; <sup>b</sup>Lankman et al. (2015) ; <sup>c</sup>Rocha et al. (2021) ; <sup>d</sup>Lindström et al. (2020) ; <sup>e</sup>Wersierska et al. (2023)

## 1.2. Comparaisons des moyennes à un standard pour l'OASES-S

Des tests de comparaisons d'une moyenne à un standard ont été effectués pour l'OASES-S. Plus spécifiquement, ces comparaisons ont été effectuées entre la moyenne de chaque section de l'OASES-S obtenue dans ce mémoire et les moyennes de référence de la version anglophone de Yaruss et Quesal (2016).

La moyenne de la section I de l'OASES-S a été comparée à la moyenne de la version anglophone (2.57). L'intervalle de confiance [-0.019 ; 0.273] comprend la valeur 0, signifiant que la différence entre ces deux moyennes est nulle avec une certitude de 95 %. Nous acceptons donc la compatibilité des moyennes.

La moyenne de la section II de l'OASES-S a été comparée avec la valeur standard de la version anglophone (2.38). L'intervalle de confiance [-0.442 ; -0.099] ne comprend pas la valeur 0. Nous ne pouvons donc pas postuler la compatibilité des moyennes de la version française et anglophone avec une certitude de 95 %. Il semble que le score de la section II de l'OASES-S dans notre population d'enfants francophones qui bégaiant soit légèrement inférieur au score observé dans la population anglophone de la validation initiale de l'outil.

L'intervalle de confiance [-0.413 ; -0.108] obtenu en comparant les moyennes de la version francophone et anglophone pour la section III ne comprend pas la valeur 0. Une différence significative entre ces deux moyennes est donc présente avec une certitude de 95 %. Le score de la section III de l'OASES-S de nos données francophones semble légèrement inférieur au score de la population anglophone de référence.

Concernant la section IV, l'intervalle de confiance entre la version francophone et anglophone [-0.257 ; 0.104] comprend la valeur 0. Nous pouvons donc postuler qu'il n'existe aucune différence significative entre les moyennes de ces deux versions avec une certitude de 95 %.

L'intervalle de confiance [-0.269 ; -0.020] correspondant à la comparaison entre les moyennes francophone et anglophone du score d'impact total de l'OASES-S, ne comprend pas la valeur 0. Nous ne pouvons donc pas postuler l'égalité des deux moyennes avec une certitude de 95 %.

Il semble que le score d'impact total obtenu dans nos données soit inférieur au score obtenu dans la version anglophone de référence.

Les moyennes des sections des versions francophone et anglophone correspondent toutes les deux à un taux d'impact « modéré » pour la section I et à un impact « léger-modéré » pour la section III et la section IV. Cependant, pour la section II et le score d'impact total de la version francophone, l'impact est moins important (« léger à modéré ») comparativement à la version anglophone (« modéré »).

### 1.3. Analyses des propriétés psychométriques de l'OASES-S

#### 1.3.1. Consistance interne de l'OASES-S

L'objectif de l'analyse de la consistance interne est de vérifier que le test mesure bien un seul et même concept, par conséquent que les scores obtenus aux items d'une même section soient bien corrélés entre eux. La consistance interne a été calculée avec un alpha de Cronbach pour l'OASES-S. Les résultats obtenus sont présentés dans le tableau 5, comprenant également les alphas de Cronbach des versions de l'OASES-S validées dans d'autres langues. Nous nous attendons à observer une consistance interne élevée pour chaque section de l'OASES-S, correspondant à un alpha de Cronbach supérieur à 0.70 (Peterson, 1994).

*Tableau 5 : Alphas de Cronbach des sections et du score d'impact total des versions francophone (données de ce mémoire), anglophone, néerlandophone, lusophone, suédophone et polonophone de l'OASES-S*

Sections	Nombre d'items	Version francophone (N= 46)	Version anglophone <sup>a</sup> (N= 75)	Version néerlandophone <sup>b</sup> (N=101)	Version lusophone <sup>c</sup> (N=50)	Version suédophone <sup>d</sup> (N=32)	Version polonophone <sup>e</sup> (N=55)
I : Informations générales	15	.70	.67	.54	.84	.29	.79
II : Réactions face au bégaiement	20	.82	.91	.86	.93	.87	.92
III : Communication au quotidien	15	.83	.94	.90	.88	.89	.94
IV : Qualité de vie	10	.82	.82	.82	.88	.84	.90

Score d'impact total	60	.90	.95	.92	.96	.89	.96
----------------------	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

*Note.* <sup>a</sup>Yaruss & Quesal (2016) ; <sup>b</sup>Lankman et al. (2015) ; <sup>c</sup>Rocha et al. (2021) ; <sup>d</sup>Lindström et al. (2020) ; <sup>e</sup>Wersierska et al. (2023)

Nous observons une consistance interne élevée pour la section II ( $\alpha=.82$ ), III ( $\alpha=.83$ ), IV ( $\alpha=.82$ ) et le score d'impact total ( $\alpha=.90$ ) de l'OASES-S. Cependant, la consistance interne de la section I est à la limite pour être considérée comme élevée puisqu'elle est de .70.

Les résultats sont assez similaires aux résultats obtenus par Yaruss et Quesal (2016) avec une consistance interne pour la section I insuffisamment haute pour être considérée comme élevée et une consistance interne élevée pour les autres sections et le score d'impact total. De manière générale, les données obtenues dans ce mémoire pour la consistance interne de la version francophone de l'OASES-S sont inférieures à celles obtenues par Yaruss et Quesal (2016).

### 1.3.2. Fidélité test-retest de l'OASES-S

La fidélité test-retest a également été analysée. Nous nous attendons à ce que les scores obtenus par chaque participant à l'OASES-S soient similaires au temps 1 et au temps 2. Afin de vérifier cette hypothèse, des corrélations de Spearman ont été réalisées entre les deux passations pour l'ensemble des sections ainsi que pour le score d'impact total. Les résultats obtenus sont présentés dans le tableau 6. Nous nous attendons à observer une fidélité test-retest qui reflète la fiabilité de l'échelle, ce qui correspond à des corrélations entre .70 et .80. Des corrélations supérieures à .90 seront considérées comme élevées (Christ & Nelson, 2014).

*Tableau 6 : Moyennes, Écarts-types et Étendues des scores obtenus pour la première et la deuxième administration de l'OASES-S et corrélations de Spearman*

Sections	Première administration	Deuxième administration	Fidélité test-retest
	(N=42)	(N=42)	
	Moyenne (ET) Étendue	Moyenne (ET) Étendue	
I : Informations générales	2.71 (0.49) 1.73-3.80	2.66 (0.52) 1.87-3.67	$\rho=.71$ $p<.0001$



II : Réactions face au bégaiement	2.08 (0.59) 1.20-3.70	1.92 (0.57) 1.00-3.50	$\rho=.73$ $p<.0001$
III : Communication au quotidien	1.85 (0.51) 1.00-2.87	1.84 (0.62) 1.00-3.13	$\rho=.80$ $p<.0001$
IV : Qualité de vie	1.69 (0.61) 1.00-3.50	1.54 (0.57) 1.00-3.70	$\rho=.81$ $p<.0001$
Score d'impact total	2.11 (0.43) 1.48-3.12	2.02 (0.45) 1.29-3.10	$\rho=.86$ $p<.0001$

Les corrélations entre la première et la deuxième administration de l'OASES-S reflètent la fiabilité de l'échelle pour toutes les sections et pour le score d'impact total puisqu'elles sont supérieures à .70 (Christ & Nelson, 2014). Les corrélations sont comprises entre .71 et .86.

### 1.3.3. Validité concourante de l'OASES-S

La validité concourante des sections de l'OASES-S a également été vérifiée en comparant les résultats obtenus avec d'autres tests validés et standardisés, mesurant le même concept. Cette dernière a été analysée avec des corrélations de Spearman entre les sections de l'OASES-S et différents tests évaluant la même notion. Des corrélations se situant entre  $\rho=.30$  et  $\rho=.60$  sont considérées comme modérées tandis que des corrélations supérieures à  $\rho=.60$  sont considérées comme élevées et des corrélations inférieures à  $\rho=.30$  sont considérées comme faibles (Hinkle et al., 1998, cités par Lankman et al., 2015).

- *Communication dans les situations quotidiennes (OASES-S)*

Afin d'évaluer la validité concourante de la section III de l'OASES-S, évaluant l'impact du bégaiement sur la communication dans les situations quotidiennes, les résultats obtenus ont été comparés à la LSAS-CA ( $N=46$ ), une échelle évaluant l'anxiété sociale.

La corrélation entre la section III de l'OASES-S et le score total de la LSAS-CA est élevée ( $\rho=.72$ ,  $p<.0001$ ), ce qui tend à montrer que la section III de l'OASES-S reflète bien les difficultés communicationnelles vécues dans les situations quotidiennes.

- *Qualité de vie (OASES-S)*

Afin d'évaluer la validité concourante de l'OASES-S (score total) et de la section IV de l'OASES-S, évaluant l'impact du bégaiement sur la qualité de vie, les résultats obtenus ont été

comparés au PedsQL ( $N=31$ ), un outil évaluant la qualité de vie d'une manière générale, c'est-à-dire sans évaluation spécifique du bégaiement.

Les corrélations entre la section IV de l'OASES-S et le PedsQL ( $\rho=-.55, p=.001$ ) et entre le score d'impact total de l'OASES-S et le PedsQL ( $\rho=-.55, p=.001$ ) sont modérées et négatives, cela signifie que la section IV et le score d'impact total de l'OASES-S semblent être modérément liés aux résultats d'un questionnaire évaluant la qualité de vie d'une manière générale, non ciblé sur le bégaiement. Le fait que les corrélations soient négatives était attendu puisqu'un score plus élevé au PedsQL correspond à une meilleure qualité de vie tandis qu'un score plus élevé à l'OASES-S correspond à un impact du bégaiement plus important sur la qualité de vie.

#### 1.4. Analyse des hypothèses exploratoires pour l'OASES-S

##### 1.4.1. Lien entre l'impact sur la qualité de vie et le degré de sévérité du bégaiement chez les enfants (OASES-S)

Des corrélations de Spearman ont été effectuées afin d'évaluer le lien entre l'impact du bégaiement sur la qualité de vie et le degré de sévérité du bégaiement d'une part, et l'évaluation du bégaiement sur l'échelle de Lidcombe par les parents, l'enfant et une logopède d'autre part. Ainsi, les scores obtenus aux différentes sections de l'OASES-S et le score d'impact total ont été corrélés aux scores obtenus par le SSI-4 et aux scores obtenus aux échelles de Lidcombe. Les résultats sont présentés dans le tableau 7.

*Tableau 7 : Corrélations de Spearman entre les scores obtenus à l'OASES-S et les scores obtenus au SSI-4 d'une part, et les différentes évaluations obtenues à l'échelle Lidcombe d'autre part*

	OASES-S Section I: Informations générales	OASES-S Section II: Réactions face au bégaiement	OASES-S Section III: Communication au quotidien	OASES-S Section IV: Qualité de vie	OASES-S Score d'impact total
SSI-4 ( $N=43$ )	$\rho=-.14$ $p=.36$	$\rho=.22$ $p=.16$	$\rho=.10$ $p=.50$	$\rho=.18$ $p=.26$	$\rho=.19$ $p=.23$

Lidcombe (selon le patient pendant la discussion) (N=45)	$\rho=.03$ $p=.84$	$\rho=.07$ $p=.67$	$\rho=.23$ $p=.13$	$\rho=.08$ $p=.59$	$\rho=.14$ $p=.37$
Lidcombe (selon le patient en générale) (N=45)	$\rho=.32^*$ $p=.03$	$\rho=.22$ $p=.14$	$\rho=.30^*$ $p=.05$	$\rho=.21$ $p=.16$	$\rho=.35^*$ $p=.02$
Lidcombe (selon le parent en générale) (N=38)	$\rho=.21$ $p=.22$	$\rho=.10$ $p=.54$	$\rho=.14$ $p=.40$	$\rho=-.11$ $p=.51$	$\rho=.11$ $p=.52$
Lidcombe (selon la logopède pendant la discussion) (N=45)	$\rho=-.24$ $p=.12$	$\rho=.03$ $p=.86$	$\rho=.02$ $p=.92$	$\rho=-.12$ $p=.43$	$\rho=-.02$ $p=.90$

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Des corrélations significatives et modérées sont observées entre d'une part, le jugement de la sévérité du bégaiement de manière générale et d'autre part la section I ( $\rho=.32$ ,  $p=.03$ ), la section III ( $\rho=.30$ ,  $p=.05$ ) et le score d'impact total de l'OASES-S ( $\rho=.35$ ,  $p=.02$ ). Cependant, le nombre de corrélations effectuées étant élevé et les corrélations étant modérées, il est important de relativiser ce résultat avant d'affirmer que le jugement des enfants sur leur bégaiement est lié à leur qualité de vie, aux informations qu'ils possèdent sur leur bégaiement (section I de l'OASES-S) et aux difficultés communicationnelles vécues dans les situations quotidiennes (section III de l'OASES-S).

Les autres corrélations sont non significatives. Il semble donc que ne pas y avoir de lien entre la sévérité du bégaiement et son impact sur la qualité de vie chez les enfants qui bégaiement. De plus, l'impact sur la qualité de vie ne semble également pas être lié au jugement du bégaiement de l'enfant par les parents ou la logopède.

#### 1.4.2. Lien entre le vécu des parents et la qualité de vie des enfants (OASES-S)

Des corrélations de Spearman ont été effectuées afin d'évaluer le lien potentiellement existant entre le vécu des parents et la qualité de vie des enfants (OASES-S). Pour ce faire, les scores totaux obtenus au Palin PRS ont été corrélés avec les scores totaux obtenus à l'OASES-S et entre les différentes sections des deux échelles. Les résultats sont présentés dans le tableau 8.

Tableau 8 : Corrélations de Spearman entre les différentes sections et le score total du Palin PRS et de l'OASES-S

Sections	Palin PRS section 1 <sup>a</sup> (N=45)	Palin PRS section 2 <sup>b</sup> (N=45)	Palin PRS section 3 <sup>c</sup> (N=45)	Palin PRS score total (N=43)
I : Informations générales	$\rho = -.04$ $p = .80$	$\rho = .04$ $p = .80$	$\rho = -.03$ $p = .82$	$\rho = .05$ $p = .73$
II : Réactions face au bégaiement	$\rho = -.51^{***}$ $p = .0004$	$\rho = -.34^*$ $p = .02$	$\rho = -.23$ $p = .13$	$\rho = -.20$ $p = .19$
III : Communication au quotidien	$\rho = -.55^{***}$ $p < .0001$	$\rho = -.23$ $p = .13$	$\rho = -.14$ $p = .34$	$\rho = -.08$ $p = .61$
IV : Qualité de vie	$\rho = -.25$ $p = .09$	$\rho = -.14$ $p = .34$	$\rho = -.06$ $p = .67$	$\rho = .10$ $p = .50$
Score d'impact total	$\rho = -.50^{***}$ $p = .0005$	$\rho = -.21$ $p = .16$	$\rho = -.17$ $p = .26$	$\rho = -.12$ $p = .45$

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Note. <sup>a</sup>L'impact du bégaiement sur votre enfant ; <sup>b</sup>La sévérité du bégaiement et les préoccupations des parents ; <sup>c</sup>Les connaissances des parents et leur confiance dans leur gestion du bégaiement

La section 1 du Palin PRS est modérément et négativement corrélée avec la section II ( $\rho = -.51$ ,  $p = .0004$ ), III ( $\rho = -.55$ ,  $p = .0001$ ) et le score d'impact total de l'OASES-S ( $\rho = -.50$ ,  $p = .0005$ ). Il semblerait donc qu'il y ait un lien modéré entre le ressenti des parents de l'impact du bégaiement sur leur enfant (section 1 Palin PRS) et la qualité de vie des enfants (OASES-S : section II, III, score total). La section 2 du Palin PRS est modérément et négativement corrélée avec la section II de l'OASES-S ( $\rho = -.34$ ,  $p = .02$ ) est modérée. Les préoccupations des parents et leur ressenti sur la sévérité du bégaiement semblent donc être modérément corrélés aux réactions des enfants face à leur bégaiement. Les corrélations obtenues sont négatives, ce qui est attendu étant donné que pour le Palin PRS, un score plus grand correspond à un impact moins important, contrairement à l'OASES-S. Les autres corrélations sont non significatives.

## 2. OASES-T

### 2.1. Analyses descriptives de l'OASES-T

Les données récoltées de l'OASES-T, la version de l'OASES spécifiquement dédiée aux adolescents, sont présentées dans le tableau 9. Ce dernier comprend la moyenne, l'écart-type et l'étendue pour chaque section de la première passation de l'OASES-T chez les 22 adolescents de l'étude. Les mêmes données sont également présentes pour des versions validées dans d'autres langues de l'OASES-T.

Tableau 9 : Moyennes, Écart-types et Étendues des scores obtenus pour les versions francophone (données de ce mémoire), anglophone, suédophone, polonophone de l'OASES-T

Sections	Mesures	Version	Version	Version	Version
		francophone (N=22)	anglophone <sup>a</sup> (N= 45)	suédophone <sup>b</sup> (N=27)	Polonophone <sup>c</sup> (N=41)
I : Informations générales	<i>M</i>	2.83	2.68	2.90	2.74
	<i>(ET)</i>	(0.62)	(0.62)	(0.46)	(0.54)
	<i>Etendue</i>	1.36-3.58	2.05-3.42		
II : Réactions face au bégaiement	<i>M</i>	2.69	2.55	2.70	2.53
	<i>(ET)</i>	(0.68)	(0.82)	(0.68)	(0.72)
	<i>Etendue</i>	1.36-3.96	1.62-3.22		
III : Communication au quotidien	<i>M</i>	2.52	2.31	2.60	2.20
	<i>(ET)</i>	(0.67)	(0.73)	(0.70)	(0.70)
	<i>Etendue</i>	1.37-3.80	1.77-3.04		
IV : Qualité de vie	<i>M</i>	2.32	1.93	2.20	2.09
	<i>(ET)</i>	(0.79)	(0.82)	(0.75)	(0.78)
	<i>Etendue</i>	1.05-4.00	1.53-2.38		
Score d'impact total	<i>M</i>	2.57	2.36	2.60	2.37
	<i>(ET)</i>	(0.65)	(0.66)	(0.58)	(0.61)
	<i>Etendue</i>	1.35-3.84			

Note. <sup>a</sup>Yaruss & Quesal (2016) ; <sup>b</sup>Lindström et al. (2020) ; <sup>c</sup>Wesierska et al. (2023)

### 2.2. Comparaisons des moyennes à un standard pour l'OASES-T

Des tests de comparaisons d'une moyenne à un standard ont été effectués pour l'OASES-T. Ces comparaisons ont donc été effectuées entre la moyenne obtenue à chaque section de

l'OASES-T dans ce mémoire et les moyennes de référence de la version anglophone de Yaruss et Quesal (2016).

Concernant la comparaison de la moyenne de la section I de l'OASES-T entre les données de ce mémoire et les données anglophones, l'intervalle de confiance [-0.130 ; 0.421] comprend la valeur 0. Ce constat nous permet de conclure que la différence entre la moyenne de la section I de l'OASES-T et la valeur standard de la version anglophone (2.68) est nulle puisque la véritable moyenne de la population sera dans l'intervalle avec une certitude de 95 %. Ainsi, nous acceptons la compatibilité des moyennes.

Concernant la section II, l'intervalle de confiance [-0.164 ; 0.438] entre la moyenne francophone et anglophone (2.55) comprend 0. Nous pouvons donc postuler qu'il n'existe pas de différence entre ces deux moyennes avec une certitude de 95 %.

Concernant la section III, l'intervalle de confiance [-0.092 ; 0.505] entre les moyennes de la version francophone et anglophone (2.31) comprend la valeur 0. Nous pouvons donc conclure avec une certitude de 95 % qu'il n'existe pas de différence entre ces deux moyennes.

Concernant la section IV de l'OASES-T, nous ne pouvons pas postuler avec une certitude de 95 % la compatibilité des moyennes de la version francophone et anglophone (1.93) puisque l'intervalle [0.039 ; 0.736] ne comprend pas 0. Il semble que le score de la section IV de l'OASES-T dans notre population d'adolescents francophones qui bégaièrent soit légèrement supérieur au score observé dans la population anglophone de la validation initiale de l'outil.

Enfin, l'intervalle de confiance [-0.083 ; 0.497] entre les moyennes du score d'impact total de l'OASES-T pour la version francophone et anglophone (2.36) comprend la valeur 0. Nous pouvons donc conclure avec une certitude de 95 % qu'il n'existe pas de différence entre ces deux moyennes.

Les moyennes des sections et du score d'impact total de la version francophone de l'OASES-T correspondent à un impact « modéré ». Les mêmes résultats sont observés pour la version anglophone, à l'exception de la section IV pour laquelle l'impact est « léger-modéré ».

## **2.3. Analyses des propriétés psychométriques de l'OASES-T**

### **2.3.1. Consistance interne de l'OASES-T**

L'objectif de l'analyse de la consistance interne est de vérifier que le test mesure bien un seul et même concept, par conséquent que les scores obtenus aux items d'une même section soient bien corrélés entre eux. La consistance interne a été calculée avec des alphas de Cronbach pour les différentes sections et le score d'impact total de l'OASES-T. Les résultats obtenus sont

présentés dans le tableau 10. Ce dernier présente également les alphas de Cronbach des versions validées dans d'autres langues de l'OASES-T. Nous nous attendons à observer une consistance interne élevée pour chaque section de l'OASES-T qui correspond à un alpha de Cronbach supérieur à .70 (Peterson, 1994).

*Tableau 10 : Alphas de Cronbach des sections et du score d'impact total des versions francophone (données de ce mémoire), anglophone, néerlandophone, suédophone et polonophone de l'OASES-T*

Sections	Nombre d'items	Version francophone (N=22)	Version anglophone <sup>a</sup> (N=45)	Version suédoise <sup>b</sup> (N=27)	Version Polonaise <sup>c</sup> (N=41)
I : Informations générales	15	.77	.88	.54	.82
II : Réactions face au bégaiement	25	.90	.96	.93	.93
III : Communication au quotidien	20	.89	.97	.93	.94
IV : Qualité de vie	20	.94	.97	.94	.95
Score d'impact total	80	.97	.98	.97	.97

*Note.* <sup>a</sup>Yaruss & Quesal (2016) ; <sup>b</sup>Lindström et al. (2020) ; <sup>c</sup>Wesierska et al. (2023)

Nous observons une consistance interne élevée pour toutes les sections de l'OASES-T ( $\alpha$  entre .77 et .94), ainsi que pour le score d'impact total ( $\alpha=.97$ ) avec des données supérieures à .70, comme c'est le cas dans la version anglophone de Yaruss et Quesal (2016).

### 2.3.2. Fidélité test-retest de l'OASES-T

La fidélité test-retest a également été analysée. Nous nous attendons à ce que les scores obtenus par chaque participant aux différentes sections de l'OASES-T soient similaires au temps 1 et au temps 2. Afin de vérifier cette hypothèse, des corrélations de Spearman ont été réalisées entre les deux passations pour l'ensemble des sections ainsi que pour le score d'impact total. Les résultats obtenus sont présentés dans le tableau 11. Nous nous attendons à observer une fidélité test-retest qui reflète la fiabilité de l'échelle, correspondant à des corrélations

comprises entre .70 et .80. Des corrélations supérieures à .90 seront considérées comme élevées (Christ & Nelson, 2014).

Tableau 11 : Moyennes, Écarts-types et Étendues des scores obtenus pour la première et la deuxième administration de l'OASES-T et corrélations de Spearman

Sections	Première administration (N=16) Moyenne (ET) Étendue	Deuxième administration (N=16) Moyenne (ET) Étendue	Fidélité test-retest
I : Informations générales	2.79 (0.69) 1.36-3.58	2.64 (0.62) 1.33-3.53	$\rho = .62$ $p = .01^{**}$
II : Réactions face au bégaiement	2,62 (0.72) 1.36-3.96	2.61 (0.68) 1.20-3.80	$\rho = .83^{***}$ $p < .0001$
III : Communication au quotidien	2.50 (0.76) 1.37-3.80	2.47 (0.69) 1.25-3.75	$\rho = .83^{***}$ $p < .0001$
IV : Qualité de vie	2.21 (0.81) 1.05-4.00	2.11 (0.81) 1.05-4.25	$\rho = .88^{***}$ $p < .0001$
Score d'impact total	2.51 (0.72) 1.35-3.84	2.40 (0.63) 1.20-3.81	$\rho = .76^{***}$ $p = .0006$

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Les corrélations entre les deux administrations de l'OASES-T reflètent la fiabilité de l'échelle pour les sections II, III, IV et pour le score d'impact total. Les corrélations sont comprises entre .76 et .88. Concernant la section I de l'OASES-T, la corrélation ne semble pas assez élevée pour refléter la fiabilité de cette section puisque la corrélation est inférieure à .70 ( $\rho = .62$ ).

### 2.3.3. Validité concurrente de l'OASES-T

La validité concurrente des sections de l'OASES-T a également été vérifiée en comparant les résultats obtenus avec d'autres tests validés et standardisés et mesurant le même concept. Cette dernière sera analysée avec des corrélations de Spearman entre les sections de l'OASES-T et différents tests évaluant la même notion. Des corrélations se situant entre 0.30 et 0.60 sont considérées comme modérées tandis que des corrélations supérieures à 0.60 sont considérées



comme élevées et des corrélations inférieures à 0.30 sont considérées comme faibles (Hinkle et al., 1998, cités par Lankman et al., 2015).

- *Réactions face au bégaiement (OASES-T)*

Afin d'évaluer la validité concourante de la section II de l'OASES-T, évaluant les réactions face au bégaiement, les résultats obtenus ont été comparés à l'UTBAS-6 ( $N=20$ ), évaluant les croyances associées à l'anxiété de la parole.

La corrélation entre la section II de l'OASES-T et le score total de l'UTBAS-6 peut être considérée comme élevée puisqu'elle est supérieure à .60 ( $\rho=.65, p=.002$ ), cela signifie que la section II de l'OASES-T évalue, comme l'UTBAS, les réactions face au bégaiement.

- *Communication dans les situations quotidiennes (OASES-T)*

Afin d'évaluer la validité concourante de la section III de l'OASES-T, évaluant l'impact du bégaiement sur la communication dans les situations quotidiennes, les résultats obtenus ont été comparés au score total de la LSAS-CA ( $N=21$ ), évaluant l'anxiété sociale.

La corrélation obtenue est élevée ( $\rho=.89, p<.0001$ ), ce qui tend à montrer que la section III de l'OASES-T évalue bien l'impact du bégaiement sur la communication dans les situations quotidiennes.

- *Qualité de vie (OASES-T)*

Afin d'évaluer la validité concourante de l'OASES-T (score total) et de la section IV de l'OASES-T, évaluant l'impact du bégaiement sur la qualité de vie, les résultats obtenus ont été comparés au PedsQL ( $N=20$ ), évaluant spécifiquement la qualité de vie et au SWLS ( $N=16$ ), évaluant la satisfaction de vie.

Les corrélations entre le PedsQL d'une part, et la section IV de l'OASES-T ( $\rho=-.23, p=.32$ ) et son score total ( $\rho=-.15, p=.51$ ) d'autre part ne sont pas significatives. Celles entre le SWLS d'une part, et la section IV ( $\rho=-.39, p=.13$ ) et le score d'impact total de l'OASES-T ( $\rho=-.33, p=.21$ ) d'autre part ne sont également pas significatives. Nos résultats ne permettent donc pas de montrer la validité concourante de la section IV et du score d'impact total de l'OASES-T.

Le fait que les corrélations soient négatives était attendu puisqu'un score plus élevé au PedsQL et au SWLS correspond à une meilleure qualité de vie tandis qu'un score plus élevé à l'OASES-S correspond à un impact du bégaiement plus important sur la qualité de vie.

## 2.4. Analyse des hypothèses exploratoires pour l'OASES-T

### 2.4.1. Lien entre l'impact sur la qualité de vie et le degré de sévérité du bégaiement chez les adolescents (OASES-T)

Des corrélations de Spearman ont été effectuées afin d'évaluer le lien potentiellement existant entre l'impact du bégaiement sur la qualité de vie et le degré de sévérité du bégaiement (SSI-4) d'une part, et le jugement de la sévérité du bégaiement de l'adolescent sur l'échelle de Camperdown par les parents, une logopède et l'adolescent d'autre part. Les scores aux différentes échelles de l'OASES-T et le score d'impact total ont donc été corrélés au score obtenu au SSI-4 d'une part, et aux différents scores obtenus à l'échelle Camperdown d'autre part. Les résultats de ces corrélations sont présentés dans le tableau 12.

*Tableau 12 : Corrélations de Spearman entre les scores obtenus à l'OASES-T et les scores obtenus au SSI-4 d'une part, et les différentes évaluations obtenues à l'échelle Camperdown d'autre part*

	OASES-T Section I: Informations générales	OASES-T Section II: Réactions face au bégaiement	OASES-T Section III: Communication au quotidien	OASES-T Section IV: Qualité de vie	OASES-T Score d'impact total
SSI-4 (N=15)	$\rho = -.29$ $p = .29$	$\rho = -.10$ $p = .71$	$\rho = -.26$ $p = .35$	$\rho = -.34$ $p = .21$	$\rho = -.16$ $p = .57$
Camperdown (selon le patient pendant la discussion) (N=14)	$\rho = .35$ $p = .22$	$\rho = .25$ $p = .38$	$\rho = .20$ $p = .49$	$\rho = .25$ $p = .38$	$\rho = .30$ $p = .29$
Camperdown (selon le patient en générale) (N=20)	$\rho = .57^{**}$ $p = .008$	$\rho = .56^{**}$ $p = .01$	$\rho = .60^{**}$ $p = .005$	$\rho = .63^{**}$ $p = .003$	$\rho = .63^{**}$ $p = .003$
Camperdown (selon la parent en générale) (N=19)	$\rho = .36$ $p = .13$	$\rho = .25$ $p = .30$	$\rho = -.06$ $p = .81$	$\rho = .18$ $p = .46$	$\rho = .20$ $p = .42$

Camperdown (selon la logopède pendant la discussion) (N=19)	$\rho=-.20$ $p=.40$	$\rho=.09$ $p=.72$	$\rho=.05$ $p=.84$	$\rho=-.11$ $p=.64$	$\rho=.018$ $p=.94$
---	------------------------	-----------------------	-----------------------	------------------------	------------------------

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Seul le jugement de la sévérité générale de son bégaiement par l'adolescent sur l'échelle de Camperdown est corrélé significativement avec les différentes sections de l'OASES-T et le score d'impact total. Toutes les autres corrélations sont non significatives. Il semble donc que seul le niveau général de sévérité du bégaiement, tel qu'évalué par l'adolescent, soit significativement lié à sa qualité de vie.

#### 2.4.2. Lien entre les scores à l'OASES-T et la satisfaction liée à la parole et à la communication chez les adolescents

Des corrélations de Spearman ont été effectuées afin d'évaluer le lien entre la qualité de vie et la satisfaction liée à la parole (SA scale) d'une part, et la satisfaction liée à la communication (SCESS) d'autre part. Les scores aux différentes sections et le score d'impact total de l'OASES-T ont donc été corrélés aux scores obtenus à la SA scale et à la SCESS. Les résultats de ces corrélations sont présentés dans le tableau 13.

Tableau 13 : Corrélations de Spearman entre les scores obtenus à l'OASES-T et les scores obtenus à la SA scale d'une part, la SCESS d'autre part

	OASES-T Section I: Informations générales	OASES-T Section II: Réactions face au bégaiement	OASES-T Section III: Communication au quotidien	OASES-T Section IV: Qualité de vie	OASES-T Score d'impact total
SA-scale (satisfaction parole) (N=20)	$\rho=-.50^*$ $p=.03$	$\rho=-.66^{***}$ $p=.001$	$\rho=-.73^{***}$ $p=.0003$	$\rho=-.68^{***}$ $p=.001$	$\rho=-.73^{***}$ $p=.0003$
SCESS (satisfaction communication) (N=20)	$\rho=.52^*$ $p=.02$	$\rho=.61^{**}$ $p=.004$	$\rho=.65^{**}$ $p=.002$	$\rho=.58^{**}$ $p=.007$	$\rho=.65^{**}$ $p=.002$

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Concernant la satisfaction liée à la parole (SA scale), des corrélations significatives et élevées, supérieures à .60, sont observées avec toutes les sections et avec le score d'impact total de l'OASES-T, à l'exception de la section I pour laquelle la corrélation est modérée ( $\rho = .50$ ).

Pour la satisfaction liée à la communication (SCCESS), les corrélations sont élevées pour toutes les sections et le score d'impact total de l'OASES-T, à l'exception de la section I et IV où les corrélations sont modérées. La satisfaction liée à leur parole et à leur communication semble donc être liée à la qualité de vie des adolescents qui bégaiant.

#### 2.4.3. Lien entre le vécu des parents et la qualité de vie des adolescents (OASES-T)

Des corrélations de Spearman ont été effectuées afin d'évaluer le lien potentiellement existant entre le vécu, par les parents, du bégaiement de leur enfant et la qualité de vie des adolescents. Pour ce faire, les scores totaux obtenus au Palin PRS ont été corrélés avec les scores totaux obtenus à l'OASES-T et entre les différentes sections des deux échelles. Les résultats sont présentés dans le tableau 14.

Tableau 14 : Corrélations de Spearman entre les scores obtenus au Palin PRS et les scores obtenus aux différentes sections de l'OASES-T

Sections	Palin PRS section 1 <sup>a</sup> (N=17)	Palin PRS section 2 <sup>b</sup> (N=17)	Palin PRS section 3 <sup>c</sup> (N=17)	Palin PRS score total (N=17)
I : Informations générales	$\rho = -.58^{**}$ $p = .01$	$\rho = -.62^{**}$ $p = .008$	$\rho = -.41$ $p = .10$	$\rho = -.65^{**}$ $p = .005$
II : Réactions face au bégaiement	$\rho = -.46$ $p = .06$	$\rho = -.60^{**}$ $p = .01$	$\rho = -.27$ $p = .29$	$\rho = -.55^*$ $p = .02$
III : Communication au quotidien	$\rho = -.61^{**}$ $p = .01$	$\rho = -.75^{***}$ $p = .0005$	$\rho = -.30$ $p = .25$	$\rho = -.66^{**}$ $p = .004$
IV : Qualité de vie	$\rho = -.56^*$ $p = .02$	$\rho = -.63^{**}$ $p = .007$	$\rho = -.27$ $p = .29$	$\rho = -.57^*$ $p = .02$
Score d'impact total	$\rho = -.58^{**}$ $p = .01$	$\rho = -.71^{***}$ $p = .001$	$\rho = -.30$ $p = .23$	$\rho = -.65^{**}$ $p = .005$

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

*Note.* <sup>a</sup>L'impact du bégaiement sur votre enfant ; <sup>b</sup>La sévérité du bégaiement et les préoccupations des parents ; <sup>c</sup>Les connaissances des parents et leur confiance dans leur gestion du bégaiement

La section 1 du Palin PRS (L'impact du bégaiement sur votre enfant) d'une part, est corrélée négativement, hautement et significativement à la section III (Communication au quotidien) de l'OASES-T et négativement et modérément corrélée aux sections I (Informations générales), IV (Qualité de vie) et le score d'impact total de l'OASES-T d'autre part. La section 2 du Palin PRS d'une part, (La sévérité du bégaiement et les préoccupations des parents) et les sections et le score d'impact total de l'OASES-T d'autre part sont négativement, hautement et significativement corrélées, avec des corrélations supérieures à .60. Enfin, concernant le score total du Palin PRS, des corrélations significatives, négatives et élevées sont observées pour la section I (Informations générales) et III (Communication au quotidien) et le score d'impact total de l'OASES-T. Les corrélations entre le score total du Palin PRS d'une part, et les sections I et IV de l'OASES-T d'autre part sont modérées, négatives et significatives. Les corrélations obtenues sont négatives, ce qui est attendu étant donné que pour le Palin PRS, un score plus grand correspond à un impact moins important, contrairement à l'OASES-T.

Le ressenti des parents du vécu, de l'impact du bégaiement, de la sévérité du bégaiement de leur enfant et leurs préoccupations semblent liés aux informations générales sur le bégaiement, aux difficultés quotidiennes à l'égard du bégaiement, aux réactions face au bégaiement et à la qualité de vie. Le ressenti global du vécu du bégaiement de leur enfant par les parents, la sévérité du bégaiement et leurs préoccupations semblent également liés aux réactions face au bégaiement. Les autres corrélations ne sont pas significatives. Il ne semble pas y avoir de lien entre les connaissances des parents et leur confiance dans leur gestion du bégaiement et la qualité de vie.

#### 2.4.4. Lien entre le niveau ressenti d'effort dédié à la fluence et la qualité de vie des adolescents qui bégaiant (OASES-T)

Des corrélations de Spearman ont été effectuées afin d'évaluer le lien entre le questionnaire d'effort dédié à la fluidité ( $N=20$ ) et la section IV de l'OASES-T (« Qualité de vie »).

La section IV de l'OASES est hautement corrélée avec le questionnaire d'effort dédié à la fluidité ( $\rho=.65$ ,  $p=.002$ ). Le lien entre le niveau d'effort dédié à la fluence et la qualité de vie des adolescents qui bégaiant est donc élevé.

### 3. OASES-A

#### 3.1. Analyses descriptives de l'OASES-A

Les données récoltées de l'OASES-A, la version de l'OASES spécifiquement dédiée aux adultes, sont présentées dans le tableau 15. Ces derniers comprennent la moyenne, l'écart-type et l'étendue pour chaque section de la première passation de l'OASES-A chez les 40 adultes de l'étude. Les mêmes données sont également présentes pour des versions validées de l'OASES-A dans d'autres langues. Le tableau contenant les données des versions persanophone, kannadophone, hébreophone, suédophone, polonophone est présent en annexe 20.

*Tableau 15 : Moyennes, Écarts-types et Étendues des scores obtenus de l'OASES-A pour les versions francophone (données de ce mémoire), anglophone, anglophone australienne, japonophone, néerlandophone*

Sections	Mesures	Version francophone (N=40)	Version anglophone <sup>a</sup> (N= 173)	Version anglophone australienne <sup>b</sup> (N= 200)	Version japonophone <sup>c</sup> (N=200)	Version néerlandophone <sup>d</sup> (N=138)
I : Informations générales	<i>M (ET)</i>	2.76 (0.53)	2.67(0.69)	2.60 (0.61)	2.86 (0.56)	2.84 (0.52)
	<i>Etendue</i>	1.50-3.75	2.06-3.26			
II : Réactions face au bégaiement	<i>M (ET)</i>	2.86 (0.67)	2.75 (0.81)	2.91 (0.72)	2.97 (0.68)	2.61 (0.63)
	<i>Etendue</i>	1.80-4.43	1.89-3.40			
III: Communication au quotidien	<i>M (ET)</i>	2.46 (0.58)	2.66 (0.77)	2.58 (0.69)	2.57 (0.72)	2.32 (0.59)
	<i>Etendue</i>	1.16-3.65	1.67-3.49			
IV : Qualité de vie	<i>M (ET)</i>	2.56 (0.68)	2.37 (0.87)	2.49 (0.89)	2.74 (0.81)	2.0 (0.66)
	<i>Etendue</i>	1.32-4.20	1.65-3.04			
Score d'impact total	<i>M (ET)</i>	2.67 (0.52)	2.60 (0.73)	2.66 (0.65)	2.79 (0.63)	2.44 (0.52)
	<i>Etendue</i>	1.71-3.87				

*Note.* <sup>a</sup>Yaruss & Quesal (2016) ; <sup>b</sup>Blumgart et al. (2012) ; <sup>c</sup>Sakai et al. (2017) ; <sup>d</sup>Koedoot et al. (2011b)

### **3.2. Comparaisons des moyennes à un standard pour l'OASES-A**

Des tests de comparaisons d'une moyenne à un standard ont été effectués pour l'OASES-A, en comparant la moyenne à chaque section de l'OASES-A obtenue dans ce mémoire et les moyennes de référence de la version anglophone de Yaruss et Quesal (2016).

Concernant la comparaison de la moyenne de la section I de l'OASES-A entre les données de ce mémoire et les données anglophones, l'intervalle de confiance  $[-0.080 ; 0.257]$  comprend la valeur 0. Ce constat nous permet de conclure que la différence entre la moyenne de la section I de l'OASES et la valeur standard de la version anglophone (2.67) est nulle puisque la véritable moyenne de la population sera dans l'intervalle avec une certitude de 95 %. Ainsi, nous acceptons la compatibilité des moyennes.

Concernant la moyenne de la section II de l'OASES-A, l'intervalle de confiance  $[-0.103 ; 0.326]$  comprend la valeur 0. Nous pouvons donc conclure avec une certitude de 95 % à l'égalité des moyennes, entre la valeur de la section II obtenue dans ce mémoire et la valeur de la version anglophone (2.75).

L'intervalle de confiance  $[-0.384 ; -0.010]$  obtenu relativement à la section III de l'OASES et la valeur de la version anglophone (2.66) ne comprend pas la valeur 0. Nous ne pouvons donc pas conclure à l'égalité des moyennes entre nos valeurs et celle de la version anglophone pour la section III de l'OASES. Il semble que le score de la section III de l'OASES-A dans notre population d'adultes francophones qui bégaiant soit légèrement inférieur au score observé dans la population anglophone de la validation initiale de l'outil.

L'intervalle de confiance  $[-0.031 ; 0.406]$  obtenu pour la section IV en comparaison avec la moyenne de la version anglophone (2.37) comprend la valeur 0. Nous pouvons donc conclure à l'égalité des moyennes entre la valeur de la section IV obtenue dans ce mémoire et la valeur de la version anglophone.

Enfin, l'intervalle de confiance  $[-0.097 ; 0.233]$  obtenu pour le score d'impact total de l'OASES-A comprend la valeur 0. Nous pouvons postuler l'égalité des moyennes entre le score d'impact total de l'OASES obtenu dans ce mémoire et la valeur de la version anglophone (2.60).

Pour l'ensemble des sections et pour le score d'impact total de l'OASES obtenu dans cette étude et dans la version anglophone, les adultes ont obtenu en moyenne un taux d'impact « modéré », lequel correspond à des résultats compris entre 2.25 et 2.99.

### 3.3. Analyses des propriétés psychométriques de l'OASES-A

#### 3.3.1. Consistance interne de l'OASES-A

L'objectif de l'analyse de la consistance interne est de vérifier que le test mesure bien un seul et même concept, par conséquent que les scores obtenus aux items d'une même section soient bien corrélés entre eux. La consistance interne a été calculée avec un alpha de Cronbach pour les différentes sections de l'OASES-A. Les résultats sont présentés dans le tableau 16. Ce dernier comprend également les alphas de Cronbach des versions validées dans d'autres langues de l'OASES-A. Nous nous attendons à observer une consistance interne élevée pour chaque section et pour le score d'impact total de l'OASES-A, correspondant à un alpha de Cronbach supérieur à .70 (Peterson, 1994).

*Tableau 16 : Alphas de Cronbach des sections et du score d'impact total des versions francophone (données de ce mémoire), anglophone, japonophone, néerlandophone, persanophone, kannadophone, hébreophone, suédophone de l'OASES-A*

Sections	Nombre d'items	Version francophone (N=40)	Version anglophone <sup>a</sup> (N=173)	Version japonophone <sup>b</sup> (N=200)	Version néerlandophone <sup>c</sup> (N=138)	Version persanophone <sup>d</sup> (N=92)	Version kannadophone <sup>e</sup> (N=51)	Version hébreophone <sup>f</sup> (N=91)	Version suédophone <sup>g</sup> (N=80)
I : Informations générales	20	.83	.94	.80	.84	.88	.96	.83	.89
II : Réactions face au bégaiement	30	.93	.97	.94	.93	.94	.97	.93	.94
III : Communication au quotidien	25	.89	.96	.96	.94	.96	.96	.97	.96
IV : Qualité de vie	25	.93	.98	.98	.96	.97	.91	.96	.97
Score d'impact total	100	.96	.99	.98	.	.98	.98	.97	.

*Note.* <sup>a</sup>Yaruss & Quesal (2016) ; <sup>b</sup>Sakai et al. (2017) ; <sup>c</sup>Koedoot et al. (2011b) ; <sup>d</sup>Yadegari et al. (2018) ; <sup>e</sup>Mahesh et al. (2023) ; <sup>f</sup>Freud et al. (2017) ; <sup>g</sup>Lindström et al (2020)



Ainsi, nous observons une consistance interne élevée pour la section I ( $\alpha=.83$ ), II ( $\alpha=.93$ ), III ( $\alpha=.89$ ), IV ( $\alpha=.93$ ) et le score d'impact total ( $\alpha=.96$ ). Les résultats sont donc similaires mais légèrement inférieurs à ceux obtenus dans la version anglophone (Yaruss & Quesal, 2016).

### 3.3.2. Fidélité test-retest de l'OASES-A

La fidélité test-retest a également été analysée. Nous nous attendons à ce que les scores obtenus par chaque participant aux différentes sections de l'OASES-A soient similaires au temps 1 et au temps 2. Afin de vérifier cette hypothèse, des corrélations de Spearman ont été réalisées entre les deux administrations pour l'ensemble des sections ainsi que pour le score d'impact total. Les résultats sont présentés dans le tableau 17. Nous nous attendons à observer une fidélité test-retest qui reflète la fiabilité de l'échelle, correspondant à des corrélations entre .70 et .80. Des corrélations supérieures à .90 seront considérées comme élevées (Christ & Nelson, 2014).

*Tableau 17 : Moyennes, Écart-types et Étendues des scores obtenus pour la première et la deuxième administration de l'OASES-A et corrélations de Spearman*

Sections	Première administration (N=37) Moyenne (ET) Etendue	Deuxième administration (N=37) Moyenne (ET) Etendue	Fidélité test-retest
I : Informations générales	2.75 (0.55) 1.50-3.75	2.74 (0.57) 1.56-4.06	$\rho=.73$ $p<.0001$
II : Réactions face au bégaiement	2.85 (0.68) 1.80-4.43	2.79 (0.74) 1.67-4.50	$\rho=.85$ $p<.0001$
III : Communication au quotidien	2.46 (0.60) 1.16-3.65	2.45 (0.52) 1.20-3.38	$\rho=.88$ $p<.0001$
IV : Qualité de vie	2.58 (0.70) 1.32-4.20	2.47 (0.70) 1.36-3.60	$\rho=.68$ $p<.0001$
Score d'impact total	2.67 (0.53) 1.71-3.87	2.61 (0.55) 1.65-3.79	$\rho=.85$ $p<.0001$

Les corrélations entre la première et la deuxième administration de l'OASES-A reflètent la fiabilité de l'échelle pour chaque section et pour le score d'impact total, excepté pour la section IV où la fidélité est légèrement inférieure à .70 (Christ & Nelson, 2014). Les corrélations sont comprises entre .68 et .88.

### 3.3.3. Validité concourante de l'OASES-A

La validité concourante des sections de l'OASES-A a également été vérifiée en comparant les résultats obtenus avec d'autres tests validés et standardisés et mesurant le même concept. La validité concourante n'a pu être vérifiée que sur les 19 adultes recrutés cette année, car les données de Manon Sanchez ne contenaient pas les tests requis pour effectuer ces corrélations. Des corrélations de Spearman ont été effectuées entre les sections de l'OASES-A et différents tests évaluant la même notion. Des corrélations se situant entre 0.30 et 0.60 sont considérées comme modérées tandis que des corrélations supérieures à 0.60 sont considérées comme élevées et des corrélations inférieures à 0.30 sont considérées comme faibles (Hinkle et al., 1998, cités par Lankman et al., 2015).

- *Réactions face au bégaiement (OASES-A)*

Afin d'évaluer la validité concourante de la section II de l'OASES-A, évaluant les réactions face au bégaiement, les résultats obtenus ont été comparés à l'UTBAS-6 ( $N=19$ ), évaluant les croyances associées à l'anxiété de la parole et à l'échelle 4S ( $N=19$ ), évaluant la perception du bégaiement.

La corrélation entre la section II de l'OASES-A et le score total de l'UTBAS-6 ( $\rho=.51$ ,  $p=.02$ ) est modérée et significative tandis que celle entre la section II de l'OASES-A et le score total de l'échelle 4S ( $\rho=.32$ ,  $p=.17$ ) n'est pas significative, ce qui tend à montrer que la section II de l'OASES-A mesure les croyances associées à l'anxiété de la parole mais mesure moins la perception du bégaiement.

- *Communication dans les situations quotidiennes (OASES-A)*

Afin d'évaluer la validité concourante de la section III de l'OASES-A, évaluant l'impact du bégaiement sur la communication dans les situations quotidiennes, les résultats obtenus ont été comparés à la LSAS-SR ( $N=19$ ), évaluant l'anxiété sociale.

La corrélation de Spearman entre la section III de l'OASES-A et le score total du LSAS-SR est modérée ( $\rho=.56, p=.01$ ), ce qui semble montrer que la section III mesure les difficultés liées à la communication dans les situations quotidiennes.

- *Qualité de vie (OASES-A)*

Afin d'évaluer la validité concurrente de la section IV de l'OASES-A, évaluant l'impact du bégaiement sur la qualité de vie, les résultats obtenus ont été comparés au SWLS ( $N=19$ ), évaluant la satisfaction de vie.

Les corrélations entre le score du SWLS et la section IV de l'OASES-A ( $\rho=-.27, p=.26$ ) et le score d'impact total de l'OASES-A ( $\rho=-.36, p=.13$ ) ne sont pas significatives, ce qui semble montrer que la section IV de l'OASES-A mesure peu l'insatisfaction de vie.

### 3.4. Analyse des hypothèses exploratoires pour l'OASES-A

#### 3.4.1. Lien entre l'impact sur la qualité de vie et le degré de sévérité du bégaiement chez les adultes (OASES-A)

Des corrélations de Spearman ont été effectuées afin d'évaluer le lien potentiellement existant entre l'impact du bégaiement sur la qualité de vie et le degré de sévérité du bégaiement d'une part, et le jugement de la sévérité du bégaiement de l'adolescent sur l'échelle de Camperdown par les parents, une logopède et l'adolescent d'autre part. Les scores aux différentes échelles de l'OASES-A et le score d'impact total ont donc été corrélés aux scores obtenus au SSI-4 et aux scores obtenus aux échelles Camperdown rempli par l'adolescent, les parents et une logopède. Les résultats sont présentés dans le tableau 18.

*Tableau 18 : Corrélations de Spearman entre les scores obtenus à l'OASES-A et les scores obtenus au SSI-4 d'une part, et les différentes évaluations à l'échelle Camperdown d'autre part*

	OASES-A Section I: Informations générales	OASES-A Section II: Réactions face au bégaiement	OASES-A Section III: Communication au quotidien	OASES-A Section IV: Qualité de vie	OASES-A Score d'impact total
SSI-4 ( $N=39$ )	$\rho=.04$ $p=.83$	$\rho=.10$ $p=.55$	$\rho=.26$ $p=.11$	$\rho=-.08$ $p=.65$	$\rho=.10$ $p=.53$

Camperdown (selon le patient pendant la discussion) (N=39)	$\rho=.40^{**}$ $p=.01$	$\rho=.24$ $p=.14$	$\rho=.34^*$ $p=.03$	$\rho=.04$ $p=.79$	$\rho=.33^*$ $p=.04$
Camperdown (selon le patient en générale) (N=39)	$\rho=.41^{**}$ $p=.009$	$\rho=.30$ $p=.06$	$\rho=.34^*$ $p=.04$	$\rho=.32^*$ $p=.05$	$\rho=.43^{**}$ $p=.006$
Camperdown (selon la logopède pendant la discussion) (N=39)	$\rho=-.02$ $p=.90$	$\rho=-.06$ $p=.74$	$\rho=.24$ $p=.15$	$\rho=-.05$ $p=.75$	$\rho=.04$ $p=.83$

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Des corrélations modérées et significatives sont observées pour les sections I, III et le score d'impact total de l'OASES-A ( $\rho$  entre .33 et .40) concernant le jugement de la sévérité du bégaiement par le participant durant la discussion et pour toutes les sections et le score d'impact total excepté la section II concernant le jugement de la sévérité du bégaiement par le participant en général ( $\rho$  entre .32 et .43). La sévérité du bégaiement ne semble pas être liée à la qualité de vie d'après nos données mais le ressenti de la personne qui bégaié sur son bégaiement le semble davantage. Les autres corrélations sont non significatives, il ne semble donc pas y avoir de lien entre la qualité de vie et le jugement ressenti du bégaiement chez une logopède.

### 3.4.2. Lien entre l'impact du bégaiement sur la qualité de vie et la satisfaction liée à la parole et à la communication chez les adultes (OASES-A)

Des corrélations de Spearman ont été effectuées afin d'évaluer le lien potentiellement existant entre l'impact du bégaiement sur la qualité de vie et la satisfaction liée à la parole d'une part, et la satisfaction liée à la communication d'autre part. Les scores obtenus aux différentes sections et le score d'impact total de l'OASES-A ont donc été corrélés aux scores obtenus à la SA scale, évaluant la satisfaction liée à la parole et la SCESS, évaluant la satisfaction liée à la communication. Les résultats de ces corrélations sont présentés dans le tableau 19.

Tableau 19 : Corrélations de Spearman entre la SA scale, la SCESS les différentes sections et le score d'impact total de l'OASES-A

	OASES-A	OASES-A	OASES-A	OASES-A	OASES-A
	Section I:	Section II:	Section III:	Section	Score

	Informations générales	Réactions face au bégaiement	Communication au quotidien	IV: Qualité de vie	d'impact total
SA-scale (satisfaction parole) (N=40)	$\rho=-.30$ $p=.06$	$\rho=-.27$ $p=.10$	$\rho=-.26$ $p=.11$	$\rho=-.18$ $p=.27$	$\rho=-.33^*$ $p=.04$
SCESS (satisfaction communication) (N=40)	$\rho=.63^{***}$ $p<.0001$	$\rho=.45^{**}$ $p=.004$	$\rho=.39^{**}$ $p=.01$	$\rho=.32^*$ $p=.04$	$\rho=.54^{***}$ $p=.0003$

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

La SA scale n'est pas significativement corrélée aux sections de l'OASES-A mais est corrélée modérément et négativement au score d'impact total ( $\rho=-.33$ ,  $p=.04$ ). Cette corrélation négative est due au fait qu'un score plus élevé à la SA scale correspond à une satisfaction de parole plus importante, tandis qu'un score plus élevé à l'OASES-A correspond à un impact du bégaiement plus important. Nous observons une corrélation élevée entre la SCESS et la section I de l'OASES-A ( $\rho=.63$ ,  $p<.0001$ ) et une corrélation modérée pour les sections II ( $\rho=.45$ ,  $p=.004$ ), III ( $\rho=.39$ ,  $p=.01$ ), IV ( $\rho=.32$ ,  $p=.04$ ) et le score d'impact total ( $\rho=.54$ ,  $p=.0003$ ) de l'OASES-A. Pour la SCESS, les corrélations sont positives étant donné que pour cette échelle un score plus élevé correspond à une moins bonne satisfaction liée à la communication.

La satisfaction liée à la parole chez les personnes qui bégaiement semble modérément liée à la qualité de vie. Cependant, la satisfaction liée à la communication semble corrélée à la qualité de vie et particulièrement aux informations générales connues sur le bégaiement.

### 3.4.3. Lien entre le niveau d'effort dédié à la fluence ressenti et la qualité de vie des adultes qui bégaiement (OASES-A)

Des corrélations de Spearman ont été effectuées afin d'évaluer le lien potentiellement existant entre le questionnaire d'effort dédié à la fluidité (N=40) et la section IV de l'OASES-A (« Qualité de vie »).

La section IV de l'OASES-A est modérément corrélée au questionnaire d'effort dédié à la fluidité ( $\rho=.33$ ,  $p=.04$ ). Ainsi, il semblerait que le niveau d'effort dédié à la fluence soit modérément lié à la qualité de vie des adultes qui bégaiement.

## **VI. Discussion**

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

Pour rappel, l'objectif de l'étude était de poursuivre la validation de la version francophone de l'OASES, un outil évaluant l'impact du bégaiement sur la qualité de vie pour trois tranches d'âge : l'OASES-S pour les enfants (7 à 12 ans), l'OASES-T pour les adolescents (13 à 17 ans) et l'OASES-A pour les adultes. Pour y répondre, les qualités psychométriques des trois versions de l'OASES ont été étudiées dont la consistance interne afin de vérifier que les trois versions mesurent bien ce qu'elles sont censées mesurer, la validité concurrente en corrélant l'OASES avec d'autres tests mesurant le même concept et la fidélité test-retest en vérifiant la stabilité des scores entre les deux passations.

D'autres hypothèses ont été formulées. Chez les enfants, nous avons émis l'hypothèse d'un lien entre la qualité de vie et le degré de sévérité du bégaiement d'une part et la qualité de vie et l'évaluation du bégaiement sur l'échelle de Lidcombe par les parents, l'enfant et une logopède d'autre part. L'existence d'un lien éventuel entre le vécu des parents et la qualité de vie des enfants a également été investigué.

Chez les adolescents, nous avons émis l'hypothèse d'un lien entre la qualité de vie et le degré de sévérité du bégaiement d'une part et la qualité de vie et le jugement de la sévérité du bégaiement par les parents, l'adolescent et une logopède d'autre part. La relation entre l'impact sur la qualité de vie et la satisfaction liée à la parole et à la communication a également été investiguée. De surcroît, le lien entre le vécu des parents et la qualité de vie a également été étudié, ainsi que celui entre l'effort ressenti dédié à la fluence et la qualité de vie.

Enfin, chez les adultes, nous avons émis l'hypothèse d'un lien entre la qualité de vie et la sévérité du bégaiement d'une part et la qualité de vie et le jugement de cette sévérité par l'adulte et une logopède d'autre part. La relation entre l'impact sur la qualité de vie et la satisfaction liée à la parole et à la communication a également été investiguée. Pour finir, le lien entre le niveau d'effort ressenti dédié à la fluence et la qualité de vie des adultes a lui aussi été investigué.

## **2. Rappel, interprétation et explication des résultats**

### **2.1. OASES-S**

#### 2.1.1. Propriétés psychométriques de l'OASES-S

##### *2.1.1.1. Consistance interne de l'OASES-S*

La détermination des alphas de Cronbach pour l'OASES-S a révélé une consistance interne élevée pour l'ensemble des sections de l'OASES-S et pour le score d'impact total, à l'exception de la section I pour laquelle l'alpha de Cronbach atteint une valeur de .70. Selon Peterson (1994), une valeur supérieure à .70 est requise pour être qualifiée d'élevée. Ces résultats indiquent que les items du test et de chaque section semblent être globalement corrélés entre eux. Ainsi, ils mesurent bien un seul et même concept.

La section I relative aux informations générales sur le bégaiement, présente une consistance interne moins élevée, également observée dans les versions anglophone (Yaruss & Quesal, 2016), néerlandophone (Lankman et al., 2015) et suédophone (Lindström et al., 2020) avec des résultats inférieurs à .70. Cette section semble s'éloigner d'un concept unique, pouvant s'expliquer par la présence d'un lien conceptuel plus faible entre ses trois sous-sections (A, B et C) (Lindström et al., 2020). Les alphas de Cronbach pour ces sous-sections ont été calculés : A « informations générales à propos de ta parole » en 4 items, B « Qu'est-ce que tu connais à propos ... ? » en 5 items et « en général comment te sens-tu par rapport à ... ? » en 6 items. Yaruss et Quesal (2016) et Lindström et al. (2020) ont émis l'hypothèse que le résultat obtenu à la section I serait dû à la sous-section B dont l'alpha de Cronbach est le plus faible. Cependant, c'est la section A qui obtient la consistance interne la plus faible dans notre échantillon ( $\alpha=0,04$ ), tout comme dans la version néerlandophone de l'OASES-S (Lankman et al., 2015). Des difficultés de compréhension de l'échelle de Likert au début du questionnaire ou la présence d'un stress plus important pourraient justifier ce résultat, en plus du fait que la sous-section A ne contient que quatre questions. La consistance interne obtenue pour la sous-section B reste également faible ( $\alpha=0,48$ ).

Ce problème de consistance interne dans la section I n'a été observé que chez les enfants dans notre étude. La même observation est constatée dans la version anglophone de Yaruss et Quesal (2016) qui soulignent que cette section semble fonctionner différemment pour les enfants. En effet, les enfants peuvent présenter plus de difficultés à évaluer leurs connaissances sur le bégaiement ou peuvent manquer de connaissances à son sujet.

De manière générale, les alphas de Cronbach obtenus pour les sections de l'OASES-S sont légèrement inférieurs à ceux obtenus dans la version anglophone (Yaruss & Quesal, 2016), à l'exception de la section I pour laquelle la consistance interne est légèrement supérieure dans la version francophone.

#### *2.1.1.2. Fidélité test-retest de l'OASES-S*

La fidélité test-retest de l'OASES-S, évaluée entre la première et la seconde administration reflète la fiabilité de l'échelle pour toutes les sections et le score d'impact total, avec des corrélations supérieures à .70 (Christ & Nelson, 2014). Elle indique que les scores des participants sont similaires entre le temps 1 et le temps 2. Contrairement à nos résultats, la version anglophone de référence de Yaruss et Quesal (2016) a obtenu une fidélité test-retest supérieure à .90 pour toutes les sections. Cette différence pourrait s'expliquer par le dépassement du délai admis (10 à 14 jours) entre la première et la seconde passation pour certains participants, ce qui n'est pas le cas pour Yaruss et Quesal (2016) (entre 7 à 14 jours).

#### *2.1.1.3. Validité concourante de l'OASES-S*

La validité concourante des sections de l'OASES-S a été évaluée avec la LSAS-CA et le PedsQL. La section III de l'OASES-S, évaluant les difficultés de communication dans les situations quotidiennes, a montré une corrélation élevée avec la LSAS-CA, évaluant l'anxiété sociale. Ainsi, la section III de l'OASES-S semble bien refléter les difficultés communicationnelles vécues dans les situations quotidiennes. Les enfants qui bégaiement sont plus à risque de présenter des troubles anxieux (Iverach et al., 2016b), par conséquent l'observation d'une certaine anxiété impactant la communication dans les situations quotidiennes était attendue.

La section IV, évaluant l'impact du bégaiement sur la qualité de vie et le score d'impact total de l'OASES-S, a montré des corrélations modérées négatives et significatives avec le PedsQL, évaluant la qualité de vie de manière générale. Ainsi, la section IV et le score d'impact total de l'OASES-S semblent modérément évaluer la qualité de vie. Cette corrélation modérée pourrait s'expliquer par la faible taille de notre échantillon ou par la généralité des items du PedsQL (« j'ai des difficultés à courir ») n'ayant pas de rapport étroit avec le bégaiement.



### 2.1.2. Hypothèses exploratoires de l'OASES-S

- *Lien entre l'impact sur la qualité de vie et le degré de sévérité du bégaiement chez les enfants (OASES-S)*

Aucune corrélation significative n'a été observée entre les scores obtenus au SSI-4 et ceux de l'OASES-S, suggérant donc une absence de lien entre la sévérité du bégaiement et son impact sur la qualité de vie. Dans la littérature scientifique, les conclusions diffèrent. D'après Beilby (2014), la sévérité du bégaiement des enfants ne serait pas liée à son impact sur la qualité de vie. Ainsi, les enfants avec un bégaiement léger peuvent tout à fait présenter le même impact que ceux avec un bégaiement sévère, voire un impact plus important (Beilby, 2014). Des résultats similaires ont été obtenus pour les adultes par Bragatto et al. (2012) au Brésil et également par Blumgart et al. (2012) qui ont seulement pu montrer une corrélation significative et faible entre la section I de la version australienne anglophone de l'OASES-A (informations générales) et le pourcentage de syllabes bégayées. Cela signifierait que plus le bégaiement est sévère, plus l'impact sur les informations générales relatives au bégaiement est négatif. Cependant, Chun et al. (2010) ont montré une corrélation positive entre la sévérité et l'impact du bégaiement sur la qualité de vie des enfants brésiliens. Lankman et al (2015) obtiennent des résultats similaires aux Pays-Bas avec l'observation d'une différence significative entre les scores obtenus à l'OASES-S suivant le niveau de sévérité du bégaiement (1 = léger, 2 = modéré, 3 = sévère). Leur échantillon était bien plus important (99 enfants) que l'étude de Chun et al. qui ne comprenait que sept participants.

Les corrélations entre l'échelle Lidcombe remplie par les parents, le patient et une logopède d'une part, et les sections de l'OASES-S d'autre part, n'ont abouti qu'à trois corrélations significatives. En effet, le jugement du bégaiement par le patient en général s'est avéré être modérément corrélé à la section I, la section III et le score d'impact total de l'OASES-S. Étant donné le nombre de corrélations effectuées et le fait qu'elles soient modérées, il est important de relativiser ces résultats avant d'affirmer un lien entre le ressenti des enfants vis-à-vis du bégaiement en général et son impact sur leur qualité de vie, sur les informations générales qu'ils connaissent à propos du bégaiement (section I) et sur les difficultés communicationnelles vécues dans les situations quotidiennes (section III). Les jugements des parents et d'une logopède sur la sévérité du bégaiement de l'enfant et sa qualité de vie ne semblent pas être liés selon notre étude. Cependant, notre manque d'expérience concernant le jugement de la sévérité du bégaiement a pu influencer les résultats.

- *Lien entre le vécu des parents et la qualité de vie des enfants.*

Pour mettre en évidence une éventuelle relation entre le vécu des parents et la qualité de vie des enfants, des corrélations ont été effectuées entre les sections de l'OASES-S et celles du Palin Parent Rating Scale (Palin PRS).

La section 1 du Palin PRS (« L'impact du bégaiement sur votre enfant ») est modérément, significativement et négativement corrélée aux sections II (Réactions par rapport au bégaiement), III (Communication quotidienne) et le score d'impact total de l'OASES-S. Il semble donc y avoir un lien modéré entre le ressenti des parents quant à l'impact du bégaiement sur leur enfant (section 1 Palin PRS) et les réactions face au bégaiement (section II OASES-S), les difficultés communicationnelles vécues dans les situations quotidiennes (section III OASES-S) et l'impact global du bégaiement sur la qualité de vie de leur enfant (score d'impact total OASES-S). Ainsi, les parents semblent modérément évaluer l'impact du bégaiement sur leur enfant.

La section 2 du Palin PRS (« La sévérité du bégaiement et les préoccupations des parents ») est corrélée modérément, significativement et négativement à la section II de l'OASES-S (Réactions par rapport au bégaiement). Le ressenti des parents sur la sévérité du bégaiement et leurs préoccupations (section 2 du Palin PRS) seraient donc modérément liés aux réactions des enfants face au bégaiement.

La section 3 du Palin PRS (« Les connaissances des parents et leur confiance dans leur gestion du bégaiement ») n'est pas corrélée significativement aux sections de l'OASES-S. Il ne semble donc pas y avoir de lien entre l'impact du bégaiement sur la qualité de vie des enfants et les connaissances des parents et leur confiance dans la gestion du bégaiement.

Étant donné que les corrélations ne sont que modérées, il semble parfois difficile pour les parents de juger l'impact du bégaiement. L'inversion aléatoire de l'échelle (exemple : 0= toujours et 10= jamais ou 0=jamais et 10 =toujours) a pu également impacter les résultats bien que les questions aient été répétées en précisant bien le sens de l'échelle quand la réponse semblait incohérente.

Rocha et al. (2020) ont relevé des évaluations de l'impact du bégaiement sur la qualité de vie des enfants similaires entre le jugement du parent et celui de l'enfant. Cependant, des différences subsistent notamment chez les familles ayant des antécédents de bégaiement.

L'analyse que nous avons réalisée semble d'autant plus pertinente que Rocha et al. (2020) ont souligné l'importance de connaître la perception des parents quant à l'impact du bégaiement de leur enfant. En effet, les parents jouent un rôle non négligeable.

## **2.2. OASES-T**

### **2.2.1. Propriétés psychométriques de l'OASES-T**

#### *2.2.1.1. Consistance interne de l'OASES-T*

Une consistance interne élevée est observée pour les sections et le score d'impact total de l'OASES-T, avec des valeurs supérieures à .70 (Peterson, 1994), comme dans la version anglophone (Yaruss & Quesal, 2016). Cependant, les alphas de Cronbach sont légèrement inférieurs dans nos données. Ces résultats indiquent que le test et les différentes sections mesurent bien un seul et même concept.

#### *2.2.1.2. Fidélité test-retest de l'OASES-T*

Les corrélations entre la première et la seconde administration de l'OASES-T reflètent la fiabilité de l'échelle avec des corrélations supérieures à .70 (Christ & Nelson, 2014) pour les sections II, III, IV et le score d'impact total. Toutefois, la section I présente une corrélation de seulement .62. Les scores des participants sont donc similaires au temps 1 et au temps 2 pour toutes les sections de l'OASES-S, à l'exception de la section I pour laquelle les scores sont en moyenne plus élevés au temps 1. Cette observation n'est pas relevée dans la version anglophone de Yaruss et Quesal (2016) : les corrélations sont toutes supérieures à .90, indiquant une fidélité test-retest élevée. Plusieurs éléments pourraient justifier cet impact plus important pour les informations générales connues sur le bégaiement. La discussion réalisée en amont face à un examinateur inconnu a pu accentuer la perception de difficultés chez le participant au début du test. De plus, certains adolescents ont peut-être recherché des informations sur le bégaiement entre les deux passations. Enfin, le délai admis entre les deux passations a parfois été dépassé (10 à 14 jours). En effet, certains participants ont réalisé la seconde passation après plus d'un mois, pouvant entraîner alors des variations plus importantes entre les scores.

#### *2.2.1.3. Validité concurrente de l'OASES-T*

Afin d'évaluer la validité concurrente de l'OASES-T, l'UTBAS-6, la LSAS-CA, le SWLS et le PedsQL ont été utilisés. La section II de l'OASES-T, évaluant les réactions face au

bégaiement a montré une corrélation élevée avec l'UTBAS-6, évaluant les croyances associées à l'anxiété de la parole. Les réactions face au bégaiement semblent donc liées aux croyances associées à l'anxiété de la parole, montrant une bonne validité concourante pour cette section. Les adolescents ont souvent une perception négative de leurs compétences communicatives (Erickson & Block, 2013) et présentent une anxiété plus élevée, ce qui amplifierait l'impact du bégaiement. De plus, en grandissant, les adolescents ont davantage de pensées négatives répétitives liées à leurs croyances, contribuant à augmenter leur anxiété (Tichenor et al., 2023).

La section III de l'OASES-T évaluant l'impact du bégaiement sur la communication dans les situations quotidiennes est fortement corrélée avec la LSAS-CA, évaluant l'anxiété sociale. Cette section semble donc bien évaluer le concept attendu et semble être liée à l'anxiété. D'après Erickson et Block (2013), la plupart des personnes qui bégaiant appréhendent fortement la communication lors de la prise de parole en public. Cette dernière peut devenir une source de stress importante. D'après Bernard et Frazier (2022), les adolescents qui bégaiant seraient donc plus anxieux.

La section IV évaluant l'impact du bégaiement sur la qualité de vie et le score d'impact total de l'OASES-T d'une part et le PedsQL, évaluant la qualité de vie globale et le SWLS, évaluant la satisfaction de vie d'autre part, ne sont pas corrélés significativement. Ce résultat pourrait s'expliquer par la généralité des items du PedsQL (« *j'ai des difficultés à soulever un objet lourd* ») n'ayant pas de rapport étroit avec le bégaiement. Par ailleurs, certains domaines peuvent être impactés par d'autres facteurs indépendants du bégaiement. Par exemple, bien que certains participants rapportent peu d'impact du bégaiement sur leur scolarité dans l'OASES-T, ils mentionnent des difficultés dans le PedsQL telles que « *j'ai du mal à écouter en classe* ». Cette observation entraîne alors un score au PedsQL qui témoigne d'un impact plus important sur la qualité de vie.

Ces résultats ne permettent pas de mettre en évidence la validité concourante de la section IV de l'OASES-T. La non-significativité des résultats pourrait s'expliquer par la faible taille de notre échantillon (N=20 pour le PedsQL et N= 16 pour la SWLS). Chez les adolescents, il est également possible que la qualité de vie soit affectée par d'autres facteurs même lorsque l'impact du bégaiement semble assez léger. En effet, l'adolescence est une période durant laquelle l'enfant subit des changements physiques, psychologiques et sociaux pouvant impacter son bien-être (Meade & Dowswell, 2016). Selon Meade et Dowswell (2016), les adolescents seraient plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé mentale que les adultes et les enfants.

### 2.2.2. Hypothèses exploratoires de l'OASES-T

- *Lien entre l'impact sur la qualité de vie et le degré de sévérité du bégaiement chez les adolescents*

D'après nos données, il ne semble pas y avoir de lien entre l'impact du bégaiement sur la qualité de vie (OASES-T) et la sévérité du bégaiement (SSI-4) chez les adolescents puisque nos corrélations sont non significatives. Wesierska et al. (2023), qui ont traduit et validé l'OASES-T en polonais, n'ont pas obtenu de corrélations significatives entre les scores de l'OASES-T-PL et de la CA-Scale, une échelle d'évaluation de la sévérité du bégaiement par le clinicien. Cela suggère qu'un bégaiement plus sévère n'entraîne pas nécessairement une qualité de vie moins bonne. Ce lien entre la sévérité du bégaiement et son impact sur la qualité de vie ne fait pas consensus dans la littérature : spécifiquement chez les enfants et les adultes, certains auteurs objectivent ce lien (Chun et al., 2010 ; Lankman et al., 2015 ; Algamal & Sallam, 2022 ; Blumgart et al., 2012) mais d'autres n'observent pas de corrélation (Bragatto et al., 2012).

Nous avons également étudié le lien entre l'OASES-T et l'échelle Camperdown remplie par le parent, l'adolescent et une logopède. Des corrélations significatives ont été obtenues entre l'échelle Camperdown, selon le patient en général et les différentes sections de l'OASES-T, ainsi que son score total. Les corrélations sont élevées, excepté pour les sections I et II de l'OASES-T pour lesquelles la corrélation est modérée. Ainsi, le jugement de la sévérité du bégaiement en général par les adolescents serait lié à l'impact du bégaiement sur leur qualité de vie et plus particulièrement, aux difficultés rencontrées lors des situations de communication quotidienne et à la qualité de vie. Cependant, il ne semble pas y avoir de lien entre le jugement des parents et d'une logopède sur la sévérité du trouble et l'impact du bégaiement sur la qualité de vie. Nous notons néanmoins que les résultats auraient pu être différents si une logopède avec davantage d'expertise avait effectué ce jugement.

- *Lien entre l'impact sur la qualité de vie et la satisfaction liée à la parole et à la communication chez les adolescents*

Il semblerait que la satisfaction liée à la parole et à la communication soit liée à l'impact du bégaiement sur la qualité de vie. Les corrélations obtenues sont négatives et élevées entre l'OASES-T et la SA-SCALE (évaluant la satisfaction liée à la parole), excepté pour la section I de l'OASES-T. Les corrélations entre l'OASES-T et la satisfaction liée à la communication sont élevées, excepté pour la section I et la section IV de l'OASES-T. Iverach et al. (2017) ont

également observé un impact global du bégaiement plus important chez les adolescents lorsque l'insatisfaction liée à leur parole était plus élevée. Tout comme Erickson et Block (2013) l'ont souligné, le bégaiement peut engendrer chez les adolescents une perception dépréciative de leurs compétences communicatives. De plus, à mesure que l'enfant grandit, l'impact de son bégaiement devient plus important et des pensées négatives répétitives se font plus courantes, entraînant alors plus d'anxiété (Tichenor et al., 2023). Ainsi, les pensées négatives répétitives à l'égard de la parole et de la communication pourraient impacter la qualité de vie en augmentant l'anxiété.

- *Lien entre le vécu des parents et la qualité de vie des adolescents (OASES-T)*

Des corrélations significativement négatives sont observées entre l'OASES-T et le Palin PRS, évaluant le vécu des parents vis-à-vis du bégaiement de leur enfant.

La section 1 du Palin PRS, évaluant le vécu par le parent de l'impact du bégaiement sur l'enfant, est corrélée négativement et significativement à toutes les sections de l'OASES-T, excepté la section II. La corrélation est élevée pour la section III de l'OASES-T et est modérée pour les autres sections. Ainsi, le vécu du parent vis-à-vis de l'impact du bégaiement sur leur enfant semble lié à l'impact du bégaiement sur la qualité de vie de l'adolescent et plus particulièrement lié aux difficultés rencontrées dans la communication quotidienne. L'idée que les adolescents sont plutôt enclins à communiquer leurs difficultés à leurs parents (Erickson & Block, 2013), pourrait expliquer ce lien. En effet, les parents joueraient un rôle de soutien important face aux moqueries (Erickson & Block, 2013).

La section 2 du Palin PRS, évaluant la sévérité du bégaiement et les préoccupations des parents, est hautement et négativement corrélée à l'ensemble des sections et au score d'impact total de l'OASES-T. Ainsi, plus l'impact du bégaiement sur la qualité de vie des adolescents est important, plus les parents jugeraient la sévérité du bégaiement élevée et seraient préoccupés par celui-ci. En effet, le bégaiement impacterait les familles en provoquant de la détresse émotionnelle chez les parents, conscients de l'impact du bégaiement sur la vie de leur enfant (Erickson & Block, 2013).

Le score total du Palin PRS, quant à lui, est hautement, significativement et négativement corrélé aux sections I et III et au score d'impact total de l'OASES-T et modérément corrélé aux sections II et IV de l'OASES-T. Le vécu des parents vis-à-vis du bégaiement de leur enfant serait donc particulièrement lié aux informations connues par l'adolescent sur le bégaiement,

aux difficultés rencontrées dans les situations de communication quotidienne et à la qualité de vie.

- *Lien entre le niveau d'effort ressenti dédié à la fluence et la qualité de vie des adolescents qui bégaiant*

Une corrélation significative et élevée est observée entre l'effort ressenti dédié à la fluence et la section IV de l'OASES-T, évaluant la qualité de vie des adolescents qui bégaiant. Un effort dédié à la fluence plus important chez les adolescents, serait donc lié à une qualité de vie plus impactée. D'après Erickson et Block (2013), 60% des participants appréhendent fortement la communication lors de réunions ou de prises de parole en public. Cette appréhension élevée pourrait entraîner une tentative de contrôle importante dans le but d'être plus fluide. Les adolescents ayant l'impression de fournir un effort accru dédié à la fluence pourraient également avoir plus de pensées négatives répétitives à ce sujet, entraînant, d'après Tichenor et al. (2023), une anxiété plus importante. Cette dernière pourrait alors avoir un impact sur la qualité de vie des adolescents.

## **2.3. OASES-A**

### 2.3.1. Propriétés psychométriques de l'OASES-A

#### 2.3.1.1. *Consistance interne de l'OASES-A*

Le calcul des alphas de Cronbach des sections de l'OASES-A a montré une consistance interne élevée pour toutes les sections, avec des valeurs supérieures à .70 (Peterson, 1994). Bien que ces données soient légèrement inférieures à celles obtenues dans la version anglophone de Yaruss et Quesal (2016), elles indiquent que les sections et le score d'impact total de l'OASES-A semblent bien mesurer un seul et même concept.

#### 2.3.1.2. *Fidélité test-retest de l'OASES-A*

Les corrélations effectuées entre la première et la deuxième administration de l'OASES-A sont supérieures à .70, reflétant la fiabilité de l'échelle (Christ & Nelson, 2014) pour les sections et le score total, excepté pour la section IV ( $\rho = .68$ ). Cette différence n'est pas observée dans la version anglophone de Yaruss et Quesal (2016) pour laquelle toutes les corrélations sont supérieures à .90, reflétant une fidélité test-retest élevée. Nos scores sont en moyenne plus élevés à la première passation de l'OASES-A. Plusieurs éléments pourraient justifier cet impact

plus important pour la première section. La réalisation d'une discussion filmée avec une logopède inconnue aurait pu faire émerger une certaine anxiété et influencer les réponses des participants lors de la première passation de l'OASES-A. De plus, nous n'avons pas pu obtenir tous nos résultats dans le même délai, contrairement à Yaruss et Quesal (2016) (10 à 14 jours).

### *2.3.1.3. Validité concourante de l'OASES-A*

La validité concourante a été évaluée en comparant l'OASES-A avec l'UTBAS-6, l'échelle 4S, la LSAS-SR et la SWLS.

La section II de l'OASES-A, évaluant les réactions face au bégaiement, est modérément et significativement corrélée à l'UTBAS-6, mesurant les croyances associées à l'anxiété de la parole. Cependant, cette section n'est pas corrélée à l'échelle 4S, évaluant la perception du bégaiement. La section II de l'OASES-A semble donc modérément évaluer les croyances associées à l'anxiété de la parole mais ne semble pas être liée aux perceptions du bégaiement. La validité concourante de la section II semble donc peu mise en évidence. La faible taille de notre échantillon disponible pour effectuer cette corrélation pourrait expliquer ces résultats (N=19).

La section III de l'OASES-A, évaluant les difficultés communicationnelles dans les situations quotidiennes, et la LSAS-SR, évaluant l'anxiété sociale, sont modérément et significativement corrélées. Les difficultés communicationnelles dans les situations quotidiennes semblent donc être modérément liées à l'anxiété sociale chez les adultes. En effet, les personnes qui bégaiement sont parfois amenées à vivre des situations embarrassantes pendant les interactions sociales (Craig et al, 2009). Ces situations peuvent entraîner de l'anxiété, plus présente chez les personnes qui bégaiement (Pietraszek et al., 2017). L'anxiété relative à l'anticipation négative de la parole peut induire l'évitement des situations sociales qui requièrent de prendre la parole (Craig et al, 2009).

Les corrélations entre la section IV de l'OASES-A, évaluant l'impact du bégaiement sur la qualité de vie et le score d'impact total de l'OASES-A d'une part et la SWLS, mesurant la satisfaction de vie, d'autre part, ne sont pas significatives. Ces résultats semblent signifier que l'impact du bégaiement sur la qualité de vie et l'insatisfaction de vie ne seraient pas liés. Toutefois, les données israéliennes de Freud et al. (2017) ne vont pas dans ce sens. En effet, dans leur étude, les quatre sections de l'OASES-A sont corrélées à l'échelle SLSS, une échelle de satisfaction de vie. La faible taille de notre échantillon pourrait expliquer ces résultats puisque 19 participants ont servi à l'évaluation de la validité concourante de l'OASES-A dans notre étude contre 91 dans l'étude citée ci-dessus. De plus, des facteurs externes au bégaiement



pourraient impacter fortement la qualité de vie des adultes. Par exemple, certains participants ont évoqué un impact sur la qualité de vie important dû aux études supérieures et au statut d'étudiant. Certains peuvent également montrer un impact plus important sur la qualité de vie quand ils pensent au bégaiement mais moins quand des questions leur sont posées sur leur satisfaction de vie en général.

### 2.3.2. Hypothèses exploratoires de l'OASES-A

- *Lien entre l'impact sur la qualité de vie et le degré de sévérité du bégaiement chez les adultes*

Les corrélations entre les différentes sections de l'OASES-A, évaluant l'impact du bégaiement sur la qualité de vie et le SSI-4, évaluant la sévérité du bégaiement, ne sont pas significatives. La sévérité du bégaiement ne serait donc pas liée à l'impact du bégaiement sur la qualité de vie. Contrairement à nos résultats, ce lien est parfois observé dans la littérature mais il n'est pas systématiquement mis en évidence (Bragatto et al., 2012). En effet, en Australie, Blumgart et al. (2012) ont montré qu'un bégaiement plus sévère était lié à un impact plus important du bégaiement sur la qualité de vie, objectivé par l'OASES-A. En Égypte, Algamal et Sallam (2022) ont également observé des corrélations significatives entre les scores de l'OASES-A et la sévérité du bégaiement. Au Brésil, Bragatto et al. (2012) ont, quant à eux, montré une absence de corrélation entre la sévérité du bégaiement et l'OASES-A, tout comme nos résultats. Les résultats pourraient également être influencés par notre manque d'expérience dans l'évaluation de la sévérité du bégaiement.

Les liens entre les sections de l'OASES-A et l'échelle Camperdown remplie par le patient et la logopède ont également été investigués. Nous observons des corrélations modérées et significatives entre l'évaluation de la sévérité du bégaiement par le participant, effectuée sur l'échelle Camperdown à l'égard de la discussion, et la section I (informations générales), III (communication au quotidien) et le score d'impact total de l'OASES-A. De plus, cette même évaluation est corrélée modérément et significativement à l'ensemble des sections de l'OASES-A, excepté la section II (réactions face au bégaiement). Ainsi, la qualité de vie des adultes qui bégaiement semble être davantage liée à leur ressenti sur la sévérité de leur bégaiement qu'à la sévérité du bégaiement objectivée.

- *Lien entre l'impact sur la qualité de vie et la satisfaction liée à la parole et à la communication chez les adultes*

Les corrélations entre les sections de l'OASES-A, évaluant l'impact du bégaiement sur la qualité de vie, et la SCESS, évaluant la satisfaction liée à la communication sont significatives et modérées, à l'exception de la section I pour laquelle la corrélation est élevée. L'impact du bégaiement sur la qualité de vie et plus particulièrement les informations générales connues sur le bégaiement sont donc liés à la satisfaction relative à la communication. Ainsi, une faible satisfaction liée à sa communication serait liée à un impact plus important du bégaiement sur la qualité de vie et aurait un impact plus négatif sur les informations générales connues sur le bégaiement. Ce lien a également été mis en évidence par Sakai et al. (2017) avec une corrélation élevée entre l'OASES-A et une échelle de satisfaction de la parole (SS). En effet, les personnes qui bégaiement peuvent parfois être confrontées à des situations embarrassantes quand elles communiquent avec d'autres personnes et certains anticiperaient négativement ces situations (Craig et al., 2009).

La satisfaction liée à la communication évaluée par la SA-SCALE est corrélée significativement, négativement et modérément au score d'impact total de l'OASES-A. La satisfaction liée à la parole serait donc liée à l'impact du bégaiement sur la qualité de vie. Au Pays-Bas, Koedoot et al. (2011b) ont également montré une corrélation entre l'OASES-A et une échelle d'auto-évaluation de la parole (SA). L'étude de Sakai et al. (2017) ont montré des résultats similaires avec une corrélation modérée entre l'OASES-A et cette échelle d'auto-évaluation de la parole (SA).

- *Lien entre le niveau d'effort ressenti dédié à la fluence et la qualité de vie des adultes qui bégaiement*

La corrélation entre la section IV de l'OASES-A, évaluant l'impact du bégaiement sur la qualité de vie, et le niveau d'effort ressenti dédié à la fluence est significative et modérée. Il semble donc y avoir un lien entre l'impact du bégaiement sur la qualité de vie et le niveau d'effort ressenti dédié à la fluence. En effet, la tentative de maîtrise de la fluence s'accompagne souvent d'une anticipation du bégaiement et d'un effort mental et physique, utilisés pour éviter de bégayer (Constantino et al, 2020). Il est donc attendu que ces efforts aient un impact sur la qualité de vie des adultes qui bégaiement.

### **3. Perspectives de recherche et limites de l'étude**

Afin de poursuivre la validation de l'OASES-S, de l'OASES-T et de l'OASES-A, nous avons complété les données existantes et rassemblés les résultats pour les enfants, les adolescents et les adultes, nous permettant alors d'effectuer les statistiques sur un échantillon plus large et d'obtenir des résultats plus fiables. Cependant, plusieurs limites susceptibles d'impacter nos résultats, peuvent être mises en avant.

Bien que notre échantillon réunisse les résultats des mémoires portant sur la même thématique, il semble parfois trop faible comparé à d'autres études, telles que celles de Blumgart et al. (2012) et Sakai et al. (2017) qui comptaient 200 participants. Pour rappel, notre échantillon comprend 40 adultes, 22 adolescents et 45 enfants. Certains calculs n'ont pu être effectués que sur une partie de l'échantillon en raison de données manquantes et de la divergence des tests utilisés dans les différents mémoires. Par exemple, notre échantillon d'adolescents, initialement de 22, s'est réduit à 14 pour certains calculs. Pour renforcer nos résultats, il serait bénéfique d'augmenter le nombre de participants dans les trois tranches d'âge. La validité concourante de la section IV de l'OASES pourrait alors être approfondie puisqu'elle n'a pas réellement été démontrée. Une augmentation de l'échantillon rendrait également nos hypothèses exploratoires plus fiables.

Nous pouvons également souligner que notre échantillon contient une proportion plus élevée d'hommes (72%), pouvant alors influencer les résultats. Samson et al. (2022) ont trouvé un impact plus marqué du bégaiement chez les femmes (enfants, adolescents et jeunes adultes), ainsi que des réactions émotionnelles plus intenses lors de la communication. Il est néanmoins possible que cette différence soit en partie due au fait que les hommes sont moins enclins à évoquer leurs difficultés relatives au bégaiement (Samson et al., 2022). Cependant, cette différence entre les genres n'est pas toujours objectivée (Blumgart et al., 2012). Il serait tout de même intéressant de comparer les résultats obtenus par genre.

Les participants étaient à des stades différents de leur prise en charge, certains n'en ayant jamais effectué et d'autres n'étant pas suivis actuellement. Cette différence peut influencer leurs connaissances sur le bégaiement et alors affecter la section I de l'OASES.

Notre manque d'expertise dans l'évaluation du bégaiement a pu affecter notre hypothèse exploratoire sur le lien entre la sévérité du bégaiement et la qualité de vie, mesurée par le SSI-4 et l'échelle de sévérité Camperdown.

La présence d'un parent lors de la passation des tests a également pu influencer les réponses des enfants, par conséquent les résultats, créant aussi des variations dans les conditions de passation. De plus, la présence du parent n'était pas toujours constante entre les deux passations de l'OASES, pouvant alors impacter la fidélité test-retest.

De plus, nous avons effectué nos analyses en ajoutant nos résultats à ceux de six mémoires précédents. Ainsi, plusieurs examinateurs différents ont été impliqués dans l'étude et certains participants ont passé les tests avec leur logopède. Il pourrait donc y avoir un effet du choix de l'examineur en fonction des explications données ou du degré de familiarité.

Certaines questions ont été plus difficiles à comprendre que d'autres pour les participants, notamment celle sur l'effort ressenti dédié à la fluence, nécessitant plusieurs reformulations. Nous avons reformulé les questions quand cela nous semblait nécessaire, notamment pour les enfants montrant davantage de signes d'incompréhension mais il est possible que certaines n'aient pas été parfaitement comprises.

Enfin, le délai admis (10 à 14 jours) pour la fidélité test-retest n'a pas toujours été respecté, variant entre 8 et 75 jours, pouvant affecter la fiabilité des résultats. Les participants ayant choisi de remplir le questionnaire une seconde fois en autonomie, oubliaient souvent la date butoir pour laquelle il fallait remettre le document. De plus, les conditions de passation n'étaient pas exactement les mêmes entre le temps 1 et le temps 2. Par ailleurs, pour certains participants, nous n'avons malheureusement pas eu de retour concernant la deuxième passation de l'OASES. Certains participants ont également rencontré des difficultés pour imprimer le document ou pour le remplir numériquement. Afin de pallier ce problème, nous pensons qu'une version informatisée du document qui pourrait être rempli en ligne pourrait être une solution.

## Conclusion

L'OASES permet d'évaluer l'impact du bégaiement sur la qualité de vie. La poursuite de la validation des versions francophones de l'OASES-S, de l'OASES-T et de l'OASES-A répondait à l'objectif principal de ce mémoire et ce, en réunissant l'ensemble des données précédemment récoltées. Les propriétés psychométriques de ces trois versions ont été investiguées, au même titre que les liens potentiellement existants entre la qualité de vie d'une part et la sévérité du bégaiement, le vécu des parents, la satisfaction liée à la parole et à la communication et l'effort ressenti dédié à la fluence d'autre part.

Nos résultats ont montré que les trois versions de l'OASES possèdent une bonne consistance interne, bien que la section I de l'OASES-S ait présenté un score légèrement inférieur. La fidélité test-retest s'est avérée globalement bonne, malgré quelques scores inférieurs pour la section I de l'OASES-T et la section IV de l'OASES-A. Ces résultats pourraient être attribués au non-respect du délai admis (10 à 14 jours) entre la première et la deuxième passation par certains participants. La validité concurrente s'est elle aussi montrée globalement bonne bien que des corrélations parfois non significatives ou insuffisamment élevées à la section IV pour les trois tranches d'âge et aux sections II et III pour l'OASES-A aient été obtenues. Au regard de nos hypothèses, la sévérité du bégaiement ne semble pas être liée à la qualité de vie. Cependant, le ressenti des personnes qui bégaiant et la sévérité du bégaiement semblent davantage liés. La qualité de vie semble également corrélée au vécu des parents, surtout pour les adolescents. Elle semble également corrélée à la satisfaction liée à la parole et à la communication et au niveau d'effort ressenti dédié à la fluence. Cependant certaines corrélations ne sont que modérées, notamment pour les adultes.

Au regard de la faible taille de l'échantillon, la validation de l'échelle doit être poursuivie afin d'obtenir des normes encore plus fiables et d'approfondir les résultats déjà obtenus. Plusieurs variables telles que le stade de la thérapie logopédique, le genre, le choix de l'examineur et les différentes modalités de passation entre les deux administrations de l'OASES devraient davantage être prises en compte afin de connaître leur impact sur nos résultats.

En conclusion, les résultats sont encourageants pour les trois versions francophones de l'OASES, lesquelles semblent être des échelles fiables.

## Bibliographie

- Algamal, A., & Sallam, Y. (2022). Standardization of an Arabic Version of the Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering for Adults OASES-AA. *The Medical Journal of Cairo University*, 90(3), 323-333.
- Andrews, G., & Cutler, J. (1974). Stuttering therapy: The relation between changes in symptom level and attitudes. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 312–319. <https://doi.org/10.1044/jshd.3903.312>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2021). *Stuttering*. Retrieved July 15, 2022, from <https://www.asha.org/public/speech/disorders/stuttering/>
- Beauloye, M. (2022). Validation de la version francophone de l'OASES-T. Université de Liège, Liège, Belgique.
- 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>
- Bernard, R., Hofslundsen, H., & Frazier Norbury, C. (2022). Anxiety and Depression Symptoms in Children and Adolescents Who Stutter: A Systematic Review and MetaAnalysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 65(2), 624–644. [https://doi.org/10.1044/2021\\_JSLHR-21-00236](https://doi.org/10.1044/2021_JSLHR-21-00236)
- Blais, M. R., Vallerand, R.J., Pelletier, L. G., & Brigare, N. M. (1989). L'Échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du "Satisfaction With Life Scale." *Canadian journal of behavioural science*, 21(2), 210–223. <https://doi.org/10.1037/h0079854>
- Blumgart, E., Tran, Y., Yaruss, J. S., & 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>

- Boron, A., Gurok, E., Kosacka, K., Kowalczyk, Ł., Węsierska, K., & Yaruss, J. S. (2022). Evaluating the experience of stuttering and quality of life among Polish school-age children: Psychometric investigation with the OASES-S-PL. *Logopedia*, 51(1), 71–87.
- Bothe, A. K., Davidow, J. H., Bramlett, R. E., Franic, D. M., & Ingham, R. J. (2006). Stuttering Treatment Research 1970–2005 : II. Systematic review incorporating trial quality assessment of pharmacological approaches. *American Journal of Speech-language Pathology*, 15(4), 342-352. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2006/032](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2006/032)
- Boyle, M. P. (2015). Identifying correlates of self-stigma in adults who stutter: Further establishing the construct validity of the Self-Stigma of Stuttering Scale (4S). *Journal of Fluency Disorders*, 43, 17–27. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2014.12.002>
- Boyle, M. P., & Cheyne, M. R. (2024). Major discrimination due to stuttering and its association with quality of life. *Journal of Fluency Disorders*, 80, 106051–106051. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2024.106051>
- Bragatto, E. L., Osborn, E., Yaruss, J. S., Quesal, R. W., Schiefer, A. M., & Chiari, B. M. (2012). Brazilian version of the Overall Assessment of the Speaker’s Experience of StutteringAdults protocol (OASES-A). *Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 24(2), 145-151. <https://doi.org/10.1590/S2179-64912012000200010>
- 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., Angstadt, M., Chow, H. M., Etchell, A. C., Garnett, E. O., Choo, A. L., Kessler, D., Welsh, R. C., & Sripada, C. (2018). Anomalous network architecture of the resting brain in children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 55, 46-67. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.01.002>

- 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>
- Christ, T. J., & Nelson, P. M. (2014). Developing and evaluating screening systems: Practical and psychometric considerations. In *Universal screening in educational settings: Evidence-based decision making for schools* (pp. 79–110). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14316-004>
- 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>
- Constantino, C. D., Eichorn, N., Buder, E. H., Gayle Beck, J., & Manning, W. H. (2020). The speaker's experience of stuttering: Measuring spontaneity. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 63(4), 983–1001. [https://doi.org/10.1044/2019\\_JSLHR-19-00068](https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-19-00068)
- 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>
- 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>
- Doudot, J. (2023). Validation de la version francophone d'une échelle évaluant la qualité de vie chez des adolescents qui bégaiant (OASES-T). Université de Liège, Liège, Belgique.
- 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



- Felce, D. J., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities, 16*(1), 51-74. [https://doi.org/10.1016/0891-4222\(94\)00028-8](https://doi.org/10.1016/0891-4222(94)00028-8)
- Freud, D., Kichin-Brin, M., Ezrati-Vinacour, R., Roziner, I., & Amir, O. (2017). The relationship between the experience of stuttering and demographic characteristics of adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders, 52*, 53–63. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.03.008>
- 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). Université de Liège, Liège, Belgique.
- Guillaume, A. (2023). *Validation de la version francophone de l'échelle « Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering for School-age children » chez les enfants âgés de 7 à 12 ans qui bégayaient*. Université de Liège, Liège, Belgique.
- Heeren, A., Maurage, P., Rossignol, M., Vanhaelen, M., Peschard, V., Eeckhout, C., & Philippot, P. (2012). Self-Report Version of the Liebowitz Social Anxiety Scale: Psychometric Properties of the French Version. *Canadian Journal of Behavioural Science, 44*(2), 99–107. <https://doi.org/10.1037/a0026249>
- Huinck, & Rietveld, T. (2007). The Validity of a Simple Outcome Measure to Assess Stuttering Therapy. *Folia Phoniatrica et Logopaedica, 59*(2), 91–99. <https://doi.org/10.1159/000098342>
- Iverach, L., Heard, R., Menzies, R., Lowe, R., O'Brian, S., Packman, A., & Onslow, M. (2016a). A Brief Version of the Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering Scales: The UTBAS-6. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 59*(5), 964–972. [https://doi.org/10.1044/2016\\_JSLHR-S-15-0167](https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-S-15-0167)
- Iverach, L., Jones, M., McLellan, L. F., Lyneham, H. J., Menzies, R. G., Onslow, M., & Rapee, R. M. (2016b). 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>
- Jadoul, A. (2022). Validation francophone de l'échelle "Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering" chez les enfants âgés de 7 à 12 ans qui bégaièrent. Université de Liège, Liège, Belgique.
- Johnson, G., Onslow, M., Horton, S., & Kefalianos, E. (2023). Psychosocial features of stuttering for school-age children: A systematic review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 58(5), 1829–1845.  
<https://doi.org/10.1111/1460-6984.12887>
- Karimi, Onslow, M., Jones, M., O'Brian, S., Packman, A., Menzies, R., Reilly, S., Sommer, M., & Jelčić-Jakšić, S. (2018). The Satisfaction with Communication in Everyday Speaking Situations (SCESS) scale: An overarching outcome measure of treatment effect. *Journal of Fluency Disorders*, 58, 77–85.  
<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2018.10.002>
- Kelman, E., & Nicholas, A. (2020). *Palin parent-child interaction therapy for early childhood stammering, second edition* (Aunis-Oumghar, C., & Samson, F., Trad., De Boeck Supérieur). Routledge, Speechmark
- Koedoot, C., Bouwmans, C., Franken, M.-C., & Stolk, E. (2011a). 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>
- Koedoot, C., Versteegh, M. & Yaruss, J.S. (2011b). Psychometric evaluation of the Dutch translation of the overall assessment of the speaker's experience of stuttering for adults (OASES-A-D). *Journal of Fluency Disorders*, 36(3), 222-230. doi :  
10.1016/J.JFLUDIS.2011.03.002

- Laiho, A., Elovaara, H., Kaisamatti, K., Luhtalampi, K., Talaskivi, L., Pohja, S., Routamo-Jaatela, K., & Vuorio, E. (2022). Stuttering Interventions for children, adolescents, and adults : A Systematic review as a part of clinical guidelines. *Journal of Communication Disorders, 99*, 106242. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2022.106242>
- 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>
- 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, Phoniatics, Vocology, 45*(4), 181–189. <https://doi.org/10.1080/14015439.2019.1695930>
- Mahesh, S., Pushpavathi, M., Seth, D., Saravanan, S., & Yaruss, J. S. (2024). Adaptation and Validation of Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering for Adults in Kannada (OASES-A-K). *Folia Phoniatica et Logopaedica, 76*(1), 30–38. <https://doi.org/10.1159/000531048>
- Meade, T., & Dowswell, E. (2016). Adolescents' health-related quality of life (HRQoL) changes over time: A three year longitudinal study. *Health and Quality of Life Outcomes, 14*(1), 14– 14. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0415-9>
- 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](https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-S-14-0137)
- Norman, A., Lowe, R., Onslow, M., O'Brian, S., Packman, A., Menzies, R., & Schroeder, L. (2023). Cost of Illness and Health-Related Quality of Life for Stuttering: Two Systematic Reviews. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 66*(11), 4414–4431. [https://doi.org/10.1044/2023\\_JSLHR-23-00072](https://doi.org/10.1044/2023_JSLHR-23-00072)

- Perez, Doig-Acuña, C., & Starrels, J. L. (2015). “Not Unless It’s a Life or Death Thing”: A Qualitative Study of the Health Care Experiences of Adults Who Stutter. *Journal of General Internal Medicine : JGIM.*, 30(11), 1639–1644.  
<https://doi.org/10.1007/s11606-015-3302-x>
- Peterson, R. A. (1994). A Meta-Analysis of Cronbach’s Coefficient Alpha. *The Journal of Consumer Research*, 21(2), 381–391. <https://doi.org/10.1086/209405>
- Pietraszek, M., Łockiewicz, M., & Jankowska, A. (2017). Coping with stress in adults with speech fluency disorders. *Current Issues in Personality Psychology*, 5(2), 143–148.  
<https://doi.org/10.5114/cipp.2017.64489>
- Riley, G. (1994). *The stuttering severity instrument for adults and children (SSI-3)* (3rd ed.). Austin, TX: PRO-ED.
- Riley, G. (2009). *The stuttering severity instrument for adults and children (SSI-4)* (4th ed.). Austin, TX: PRO-ED
- Rocha, M., Rato, J. R., & Yaruss, J. S. (2021). The impact of stuttering on Portuguese school-age children as measured by the OASES-S. *Speech, Language, and Hearing.*, 24(1), 38–47. <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>
- Roehr, B. (2013). American Psychiatric Association explains DSM-5. *BMJ*, 346(jun06 1), f3591. <https://doi.org/10.1136/bmj.f3591>
- St Clare, T., Menzies, R., Onslow, M., Packman, A., Thompson, R., & Block, S. (2009). Unhelpful thoughts and beliefs linked to social anxiety in stuttering: Development of a measure. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 44, 338–351.

- Samson, I., Schalling, E., Herlitz, A., Lindström, E., & Sand, A. (2022). A Cross-Sectional Investigation of the Impact of Stuttering on Swedish Females and Males in Childhood, Adolescence, and Young Adulthood. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 65(12), 4608–4615. [https://doi.org/10.1044/2022\\_JSLHR-22-00043](https://doi.org/10.1044/2022_JSLHR-22-00043)
- Sanches Afonso, M. (2019). Validation préliminaire d'une échelle de mesure de la qualité de vie chez des adultes francophones qui bégaièrent (OASES-A). Université de Liège, Liège, Belgique.
- 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.*
- Smith, A., & Weber, C. (2017). How Stuttering Develops: The Multifactorial Dynamic Pathways Theory. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(9), 2483–2505. [https://doi.org/10.1044/2017\\_JSLHR-S-16-0343](https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0343)
- Tichenor, S. E., Gerwin, K. L., & Walsh, B. (2023). Repetitive Negative Thinking in Adolescents Who Stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 66(9), 3290–3306. [https://doi.org/10.1044/2023\\_JSLHR-23-00147](https://doi.org/10.1044/2023_JSLHR-23-00147)
- Tichenor, S. E., & Yaruss, J. S. (2019). Stuttering as Defined by Adults Who Stutter. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 62(12), 4356–4369. [https://doi.org/10.1044/2019\\_jslhr-19-00137](https://doi.org/10.1044/2019_jslhr-19-00137)
- Varni, J. W., Seid, M., & Rode, C. A. (1999). The PedsQLTM: Measurement Model for the Pediatric Quality of Life Inventory. *Medical Care*, 37(2), 126-139. <https://doi.org/10.1097/00005650-199902000-00003>

- Węsierska, K., Yaruss, J. S., Kosacka, K., Kowalczyk, Ł., & Boroń, A. (2023). The experience of Polish individuals who stutter based on the OASES outcomes. *Journal of Fluency Disorders*, 77, 105991–105991. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2023.105991>
- 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>
- World Health Organization. (2001). *The international classification of functioning, disability & health*. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization. (1980). *International classification of impairments, disabilities and handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva: World Health Organization.
- Yadegari, F., Sima Shirazi, T., Howell, P., Nilipour, R., Shafiei, M., Shafiei, B., Ilkhani, Z., Satarian, F., Jafari, N., William Qesal, 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. G. (2013). Epidemiology of stuttering : 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38(2), 66-87. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.11.002>
- Yaruss, J. S. (1998). Describing the Consequences of Disorders. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 41(2), 249-257. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4102.249>
- 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., & 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.
- Yekta, H. S., Fakoori, F., Mohammadi, H., & Vaziri, S. (2020). The Association between Sex Hormones and Developmental Stuttering Disorder: A Systematic Review. *Journal of Molecular Biology Research*, 10(1), 185-. <https://doi.org/10.5539/jmbr.v10n1p185>

## Résumé

**Introduction.** Le bégaiement est le trouble de la fluence le plus fréquent (ASHA, 2021) avec une prévalence qui serait de 1% (Kelman & Nicholas, 2020). Il présente une base génétique (Yairi & Ambrose, 2013) et entraîne l'apparition de disfluences (ASHA, 2021). Des répercussions sur la qualité de vie des personnes qui bégaiement (Craig et al.) peuvent également survenir. L'évaluation spécifique de la qualité de vie est donc nécessaire afin d'améliorer le bien-être des personnes porteuses du trouble. L'Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES) a d'abord été créé par Yaruss et Quesal (2006) en version anglophone afin de mesurer l'impact du bégaiement sur la qualité de vie puis traduite et validée dans plusieurs langues. L'objectif de cette étude est de poursuivre la validation des versions francophones de l'OASES-S pour les enfants, de l'OASES-T pour les adolescents et de l'OASES-A pour les adultes. Les propriétés psychométriques de ces échelles ont donc été investiguées ainsi que des hypothèses exploratoires.

**Méthodologie.** Les données récoltées dans ce mémoire ont été ajoutées à celles des mémoires précédents, donnant lieu à un échantillon de 45 enfants, 22 adolescents et 40 adultes. D'autres tests ont également été administrés afin d'étudier la validité concurrente de l'OASES et de vérifier nos hypothèses exploratoires.

**Résultats.** De manière générale, les résultats montrent une bonne consistance interne pour les trois versions de l'OASES et une bonne fidélité test-retest, malgré des scores inférieurs obtenus à la section I (OASES-T) et à la section IV (OASES-A). La validité concurrente s'est révélée élevée pour la section III de l'OASES-S et les sections II et III de l'OASES-T. Nos résultats soutiennent également certaines de nos hypothèses exploratoires.

**Conclusion.** Les trois versions francophones de l'OASES semblent être des échelles fiables malgré certains résultats qui pourraient être investigués davantage.