

Validation des versions francophones de l'échelle "Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering" (OASES)

Auteur : Vansighen, Eugénie

Promoteur(s) : Leclercq, Anne-Lise

Faculté : par la Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Education

Diplôme : Master en logopédie, à finalité spécialisée

Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/22530>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur 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'œuvre 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-dessus (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 Sciences de l'Éducation

**VALIDATION DES VERSIONS
FRANCOPHONES DE L'ÉCHELLE « OVERALL
ASSESSMENT OF THE SPEAKER'S
EXPERIENCE OF STUTTERING » (OASES)**

Mémoire présenté par
Eugénie Vansighen et Clément Boulanger

Promotrice : Anne-Lise Leclercq

Lectrices : Léonor Piron et Marion Hubin

Année académique

2024-2025

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, nous tenons à remercier très sincèrement Anne-Lise Leclercq, notre promotrice, pour son accompagnement, ses conseils avisés, ses retours constructifs et sa disponibilité tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Nous remercions également Clément Aunis-Oumghar pour ses contacts généreusement partagés et sa contribution au projet.

Nous tenons également à remercier vivement les nombreux logopèdes et orthophonistes ainsi que nos proches, qui ont collaboré à notre quête de participants.

Nous souhaitons évidemment remercier chaleureusement tous nos participants pour leur confiance et le temps qu'ils nous ont octroyé et sans qui ce travail n'aurait pas pu être mené.

Nous désirons également remercier Léonor Piron et Marion Hubin, nos lectrices, pour le temps et l'attention accordés à ce mémoire.

Nous remercions très sincèrement Sophie Vansighen et Claudine Brisbois, nos mamans pour leurs différentes relectures tout au long de ce mémoire.

Enfin, nous tenons à remercier nos proches pour leurs encouragements et leur soutien tout au long de la rédaction de ce mémoire.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Répartition des participants selon leur âge et leur sexe	28
Tableau 2. Épreuves selon la catégorie d'âge des participants et l'ordre de passation	36
Tableau 3. Moyennes (M) et écarts-types (ET) des scores obtenus aux versions francophone (données de ce mémoire) (FR), anglophone (AN), néerlandophone (D), lusophone (PT), suédophone (SD) et polonophone (PL) de l'OASES-S	38
Tableau 4. Alphas de Cronbach des sections et du score d'impact total des versions francophone (données de ce mémoire) (FR), anglophone (AN), néerlandophone (D), lusophone (PT), suédophone (SD) et polonophone (PL) de l'OASES-S	40
Tableau 5. Moyennes (M) et écarts-types (ET) des scores obtenus à la première et à la deuxième passation de l'OASES-S et corrélations de Spearman	41
Tableau 6. Moyennes (M) et écarts-types (ET) des scores obtenus aux versions francophone (données de ce mémoire) (FR), anglophone (AN), suédophone (SD) et polonophone (PL) de l'OASES-T	45
Tableau 7. Alphas de Cronbach des sections et du score d'impact total des versions francophone (données de ce mémoire) (FR), anglophone (AN), suédophone (SD) et polonophone (PL) de l'OASES-T	47
Tableau 8. Moyennes (M) et écarts-types (ET) des scores obtenus à la première et à la deuxième passation de l'OASES-T et corrélations de Spearman	48
Tableau 9. Corrélations de Pearson entre le questionnaire d'effort dédié à la fluidité de la parole, la SA scale et la SCESS scale et les différentes sections de l'OASES-T, ainsi que son score d'impact total.....	51
Tableau 10. Moyennes (M) et écarts-types (ET) des scores obtenus aux versions francophone (données de ce mémoire) (FR), anglophone (AN), anglophone australienne (australien), japonophone (J) et néerlandophone (D) de l'OASES-A.....	53
Tableau 11. Alphas de Cronbach des sections et du score d'impact total des versions francophone (données de ce mémoire), anglophone (AN), japonophone (J), néerlandophone (D), hébréophone de l'OASES-A.....	55
Tableau 12. Moyennes (M) et écarts-types (ET) des scores obtenus à la première et à la deuxième passation de l'OASES-A et corrélations de Spearman	56

Tableau 13. Corrélations de Pearson et Spearman entre le questionnaire d'effort dédié à la fluidité de la parole, la SA scale et la SCESS scale et les différentes sections de l'OASES-A, ainsi que son score d'impact total	60
Tableau 14. Moyennes (M) et écarts-types (ET) des scores obtenus à la première et à la deuxième passation de l'OASES-S et corrélations de Spearman.....	97
Tableau 15. 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	97
Tableau 16. Corrélations de Spearman entre les différentes sections du PPRS et de l'OASES-S	98
Tableau 17. Moyennes (M) et écarts-types (ET) des scores obtenus à la première et à la deuxième passation de l'OASES-T et corrélations de Spearman	98
Tableau 18. Corrélations de Pearson entre les scores obtenus à l'OASES-T et les scores obtenus au SSI-4 d'une part, et corrélations de Spearman entre les différentes évaluations obtenues à l'échelle Camperdown et le score total de l'OASES-T, d'autre part	99
Tableau 19. Corrélations de Bravais-Pearson entre les différentes sections du PPRS et de l'OASES-T	99
Tableau 20.Moyennes (M) et écarts-types (ET) des scores obtenus à la première et à la deuxième passation de l'OASES-A et corrélations de Spearman.....	100
Tableau 21. Corrélations de Pearson entre les scores obtenus à l'OASES-A et les scores obtenus au SSI-4 d'une part, et corrélations de Spearman entre les différentes évaluations à l'échelle Camperdown, d'autre part.....	100

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AQB	Adulte qui bégaye / Adultes qui bégaient
EQB	Enfant qui bégaye / Enfants qui bégaient
ICF	The International Classification of Functionning, Disability and Health
<i>N</i>	Nombre de participants
OASES	Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PQB	Personne qui bégaye / Personnes qui bégaient
QDV	Qualité de vie
<i>r</i>	Coefficient de corrélation de Pearson
<i>r_s</i>	Coefficient de corrélation de Spearman
TAS	Trouble d'anxiété sociale
α	Alpha de Cronbach
%SB	Pourcentage de syllabes bégayées

TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE ET PROJET	1
REVUE DE LA LITTÉRATURE	2
1. Le bégaiement	2
1.1 Définition	2
1.2 Étiologies.....	3
1.3 Symptômes	3
1.4 Facteurs de risques	4
2. Qualité de vie	5
2.1 Définition	5
2.2 Intérêt de la qualité de vie en général.....	5
2.3 Critères de construction d'une échelle de qualité de vie	6
2.4 Présentation d'une échelle de qualité de vie	6
2.5 Qualité de vie au sein du bégaiement.....	7
2.5.1 Stigmatisation.....	9
2.5.2 Anxiété sociale et bégaiement.....	10
2.5.3 Vécu parental et bégaiement	12
2.5.4 Mesures de qualité de vie propres au bégaiement.....	12
3. OASES	12
3.1 Lien avec l'ICF.....	12
3.2 Création de l'échelle.....	13
3.2.1 Initialement 3 échelles.....	13
3.2.2 The CASES	14
3.2.3 Composition de l'OASES	14
3.2.4 Cotation	15
3.2.5 Validation	16

3.2.6	Traduction en français	16
3.2.7	Traduction et validation dans d'autres langues	17
3.2.7.1	OASES-S.....	17
3.2.7.2	OASES-T	19
3.2.7.3	OASES-A	19
OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES		22
MÉTHODOLOGIE		28
1.	Participants	28
2.	Outils	29
2.1	Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering	29
2.2	Stuttering Severity Instrument	29
2.3	Échelle de sévérité du bégaiement Lidcombe 0-9	30
2.4	Échelle de sévérité du bégaiement Camperdown 0-8	30
2.5	Liebowitz Social Anxiety Scale	31
2.6	Pediatric Quality of Life Inventory	31
2.7	Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering Scales.....	32
2.8	Questionnaire en 3 items sur la parole perçue.....	32
2.8.1	Un questionnaire d'effort dédié à la fluidité de la parole.....	33
2.8.2	Self-Assessment Scale.....	33
2.8.3	Satisfaction with Communication in Everyday Speaking Situations scale	33
2.9	Échelle de satisfaction de vie	33
2.10	The Self-Stigma of Stuttering Scale.....	34
2.11	Palin Parent Rating Scale	34
3.	Procédure.....	35
RÉSULTATS		37
1.	Remarques préliminaires.....	37

2.	OASES-S.....	37
2.1	Analyses descriptives de la version francophone de l’OASES-S	37
2.2	Analyses des propriétés psychométriques de la version francophone de l’OASES-S.	
	.....	40
2.2.1	Analyse de la consistance interne de la version francophone de l’OASES-S.....	40
2.2.2	Analyse de la fidélité test-retest de la version francophone de l’OASES-S	41
2.2.3	Analyse de la validité concourante de la version francophone de l’OASES-S....	42
2.2.3.1	Communication quotidienne	42
2.2.3.2	Qualité de vie	42
2.2.4	Analyses des hypothèses exploratoires de la version francophone de l’OASES-S .	
	.....	43
2.2.4.1	Lien entre la qualité de vie et la sévérité du bégaiement chez les enfants qui bégaientaient	43
2.2.4.2	Lien entre le vécu parental et la qualité de vie des enfants qui bégaientaient	43
3.	OASES-T	44
3.1	Analyses descriptives de la version francophone de l’OASES-T	44
3.2	Analyses des propriétés psychométriques de la version francophone de l’OASES-T.	
	.....	46
3.2.1	Analyse de la consistance interne de la version francophone de l’OASES-T.....	46
3.2.2	Analyse de la fidélité test-retest de la version francophone de l’OASES-T	47
3.2.3	Analyse de la validité concourante de la version francophone de l’OASES-T ...	48
3.2.3.1	Réactions face au bégaiement	49
3.2.3.2	Communication quotidienne	49
3.2.3.3	Qualité de vie	49
3.2.4	Analyses des hypothèses exploratoires de la version francophone de l’OASES-T .	
	.....	50
3.2.4.1	Lien entre la qualité de vie et la sévérité du bégaiement chez les adolescents qui bégaientaient	50

3.2.4.2	Lien entre d'une part, l'effort dédié à la fluidité de la parole, la satisfaction liée à la parole et à la communication et d'autre part, la qualité de vie chez les adolescents qui bégaient	51
3.2.4.3	Lien entre le vécu parental et la qualité de vie des adolescents qui bégaient	52
4.	OASES-A	53
4.1	Analyses descriptives de la version francophone de l'OASES-A.....	53
4.2	Analyses des propriétés psychométriques de la version francophone de l'OASES-A	55
4.2.1	Analyse de la consistance interne de la version francophone de l'OASES-A	55
4.2.2	Analyse de la fidélité test-retest de la version francophone de l'OASES-A.....	56
4.2.3	Analyse de la validité concourante de la version francophone de l'OASES-A ...	57
4.2.3.1	Réactions face au bégaiement	57
4.2.3.2	Communication quotidienne	58
4.2.3.3	Qualité de vie	58
4.2.4	Analyses des hypothèses exploratoires de la version francophone de l'OASES-A.	58
4.2.4.1	Lien entre la qualité de vie et la sévérité du bégaiement chez les adultes qui bégaient	58
4.2.4.2	Lien entre d'une part, l'effort dédié à la fluidité de la parole, la satisfaction liée à la parole et à la communication et d'autre part, la qualité de vie chez les adultes qui bégaient	59
DISCUSSION	.....	61
1.	Rappel des objectifs de l'étude, de la méthodologie et des hypothèses	61
2.	Rappel, interprétation et explication des résultats.....	62
2.1	Consistance interne	62
2.2	Fidélité test-retest	63
2.3	Hypothèse exploratoire commune à l'OASES-S, l'OASES-T et l'OASES-A	65

2.3.1	Lien entre la qualité de vie et la sévérité du bégaiement chez les personnes qui bégaient	65
2.3.1.1	Lien entre la qualité de vie et la sévérité objective du bégaiement chez les personnes qui bégaient	65
2.3.1.2	Lien entre la qualité de vie et la sévérité subjective du bégaiement chez les personnes qui bégaient	66
2.4	OASES-S.....	68
2.4.1	Propriétés psychométriques de la version francophone de l’OASES-S.....	68
2.4.1.1	Validité concourante de la version francophone de l’OASES-S	68
2.4.2	Hypothèses exploratoires de la version francophone de l’OASES-S	68
2.4.2.1	Lien entre le vécu parental et la qualité de vie des enfants qui bégaient	68
2.5	OASES-T	69
2.5.1	Propriétés psychométriques de la version francophone de l’OASES-T	69
2.5.1.1	Validité concourante de la version francophone de l’OASES-T	69
2.5.2	Hypothèses exploratoires de la version francophone de l’OASES-T	71
2.5.2.1	Lien entre la proportion d’effort dédié à la fluidité de la parole et la qualité de vie des adolescents qui bégaient	71
2.5.2.2	Lien entre la satisfaction liée à la parole et la qualité de vie des adolescents qui bégaient	71
2.5.2.3	Lien entre la satisfaction liée à la communication et la qualité de vie des adolescents qui bégaient.....	72
2.5.2.4	Lien entre le vécu parental et la qualité de vie des adolescents qui bégaient	72
2.6	OASES-A	73
2.6.1	Propriétés psychométriques de la version francophone de l’OASES-A	73
2.6.1.1	Validité concourante de la version francophone de l’OASES-A	73
2.6.2	Hypothèses exploratoires de la version francophone de l’OASES-A.....	74
2.6.2.1	Lien entre la proportion d’effort dédié à la fluidité de la parole et la qualité de vie des adultes qui bégaient.....	74

2.6.2.2 Lien entre la satisfaction liée à la parole et la qualité de vie des adultes qui bégaient	74
2.6.2.3 Lien entre la satisfaction liée à la communication et la qualité de vie des adultes qui bégaient	75
3. Implications cliniques et perspectives de recherche.....	75
4. Limites méthodologiques de l'étude	76
CONCLUSION.....	79
BIBLIOGRAPHIE	80
ANNEXES.....	91
Annexe A : Troubles de la santé mentale et bégaiement.....	91
Annexe B : Troubles de la personnalité et bégaiement	92
Annexe C : Questionnaires évaluant la qualité de vie.....	94
Annexe D : Traductions supplémentaires de l'OASES-A.....	95
Annexe E : Tableaux supplémentaires des analyses statistiques.....	97
Annexe F : Implication respective dans la réalisation de ce mémoire	101
RÉSUMÉ.....	102

CONTEXTE ET PROJET

« Historiquement, les personnes qui bégaient (PQB) ont toujours été caractérisées de manière négative à travers les films, la télévision et la littérature pour enfants » (Boyle, 2013, p. 2). Au début du 20^{ème} siècle, le trouble était envisagé comme « une manifestation de troubles psychopathologiques, un symptôme résultant d'un conflit refoulé, névrotique et inconscient » (Bloodstein & Ratner, 2008 ; Silverman, 2004, cités par Manning & Beck, 2013, p. 1).

Hugh-Jones et Smith (1999) rapportent que 83% des participants d'un échantillon de 276 adultes qui bégaient ont été victimes de différentes formes de harcèlement à l'école. Pas loin de la moitié (46%) a rapporté des effets négatifs sur le long terme. Par conséquent, les réactions de la société face au bégaiement peuvent affecter négativement la qualité de vie du locuteur (Beilby, 2014).

En 1947, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé en ne se limitant pas seulement à « l'absence de maladie ou d'infirmité » mais en insistant sur le fait qu'elle est « un état de complet bien-être physique, mental et social » (Brousse & Boisaubert, 2007, p. 1 ; Formarier, 2007, p. 1). Cette définition met en lumière l'importance du bien-être au sein de la santé. Toutefois, ce n'est qu'en 1970 que le concept de « qualité de vie » voit le jour dans le domaine de l'urbanisme et de l'écologie pour s'étendre, par la suite, à celui de la santé (Brousse & Boisaubert, 2007). Différents outils d'évaluation de la qualité de vie (QDV) ont vu le jour. Dans un premier temps, des outils généraux, puis des outils plus spécifiques à certaines pathologies.

Suite à ces avancées au sujet de la QDV, une échelle spécifique aux PQB s'est développée en anglais. Elle permet d'explorer différents composants difficilement visibles au premier abord et influençant, pourtant, la QDV des PQB. Cette échelle, nommée « Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering » (OASES), s'adresse à trois tranches d'âge distinctes, à savoir les enfants d'âge scolaire, les adolescents et les adultes. Cette échelle évaluant l'impact du bégaiement sur la QDV a déjà été validée en anglais mais pas encore en français.

Ce mémoire a donc pour objectif de poursuivre la validation des versions francophones de l'OASES. Chaque version correspond à une tranche d'âge spécifique.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. Le bégaiement

1.1 Définition

Le bégaiement est défini comme un trouble de la communication qui altère la fluidité de la parole. Il se déclare au cours du développement de la parole et du langage (Craig & Tran, 2014). Il affecte, de manière significative, des personnes de toutes ethnies, cultures, tranches d'âge et langues (Van Riper, 1982, cité par Jones et al., 2021). « Ce trouble moteur de la parole perturbe le rythme/la coordination entre les sous-systèmes respiratoire, laryngé et le tractus vocal » (Beilby, 2014, p. 2). Concernant l'incidence du trouble, il existe un manque d'homogénéité au niveau des résultats obtenus dans la littérature. En effet, ceux-ci varient selon la tranche d'âge et selon la définition du bégaiement employée (Perez & Stoeckle, 2016, p. 1). Selon Yairi et Ambrose (2013), la prévalence du bégaiement peut être considérée comme inférieure à 1% dans la population générale (Yairi & Ambrose, 2013, cités par Brocklehurst, 2013).

Le trouble apparaît généralement entre 2 et 6 ans (ASHA, s.d.), lorsque les PQB d'âge préscolaire commencent à réaliser des énoncés plus élaborés (Packman et al., 1996, cités par Jones et al., 2021). Le début peut être soit progressif, comme chez deux tiers d'entre elles, soit soudain, comme chez un tiers de celles-ci (Yairi & Ambrose, 1992, cités par Jones et al., 2021). « Jusqu'à 90% des enfants présentant un bégaiement récupèrent naturellement durant l'enfance » (Perez & Stoeckle, 2016, p. 1), sans avoir eu la nécessité d'une quelconque prise en charge (PEC) logopédique (Yairi, 2004, cité par Jones et al., 2021). Cependant, lorsque le bégaiement dure plus de 6 mois, il y a alors un risque qu'il persiste. Par conséquent, une PEC est pertinente à envisager (ASHA, s.d.). Si un suivi n'est pas entamé avant l'âge scolaire ou bien si l'enfant ne répond pas favorablement à celui-ci, alors le bégaiement peut évoluer en un trouble chronique de la parole. Ce bégaiement persistant peut devenir, dans ces conditions, un combat tout au long de la vie. Il peut alors affecter négativement différents domaines comme « l'éducation, la réussite professionnelle, les relations personnelles, la stigmatisation et la santé mentale » (Jones et al., 2021, p. 1).

Le bégaiement est très variable d'une personne à l'autre, que ce soit au niveau de son développement, de sa sévérité, de son impact sur la vie de la PQB (Eggers et al., 2021), mais également au sein d'une même personne, selon le moment et les émotions ressenties (ASHA, s.d.). Cette variabilité découle de l'interaction entre des facteurs intrinsèques (ex : la manière

dont la PQB gère ses émotions face au bégaiement) et extrinsèques (ex : le soutien parental) qui diffèrent d'un locuteur à un autre (Starkweather, 2002, cité par Eggers et al., 2021).

1.2 Étiologies

Le bégaiement a avant tout une base génétique (Yairi & Ambrose, 2013). En effet, Manning et Beck (2013) expliquent que l'étiologie varie selon un ensemble de facteurs génétiques (ex : antécédents familiaux (ASHA, s.d.)) et neurophysiologiques, altérant la production de la parole et du langage. Les PQB auraient des antécédents familiaux dans 30 à 60% des cas (Perez & Stoeckle, 2016).

Étant donné l'origine neurologique du bégaiement, il est essentiel de bien différencier les facteurs neurologiques, à l'origine de ce trouble (fragilités du système neurologique expliquant pourquoi certaines personnes bégaient et d'autres pas), des facteurs qui ont tendance à l'accentuer ou à favoriser son apparition dans des contextes spécifiques (ex : facteurs de stress, de fatigue ...). Ceux-ci amplifient le bégaiement, mais n'en sont pas la cause directe (Yairi & Ambrose, 2013).

1.3 Symptômes

Comme l'a décrit Sheehan (1970, cité par Beilby, 2014), le bégaiement peut être comparé à un iceberg. Selon cette analogie, à la surface, se situent toutes les manifestations visibles du trouble. Elles renvoient aux trois types de disfluences typiques du bégaiement, à savoir les répétitions, les allongements et les blocages (ASHA, s.d.). Ces perturbations sont involontaires, mais vont toutefois impacter la communication orale en la rendant à la fois difficile, moins fluide et frustrante pour le locuteur (Boyle, 2013).

Le bégaiement ne se limite pas à la seule présence de ces disfluences. Il s'accompagne parfois de tensions et de mouvements concomitants (ASHA, s.d.) (ex : tics, clignements des yeux, grimaces faciales ... (Jones et al., 2021)). Ces derniers sont effectués dans le but d'arrêter ou d'éviter l'apparition du bégaiement (ASHA, s.d.). De plus, les PQB font preuve d'évitement à deux niveaux. D'une part, en évitant la production de certains mots en les remplaçant par d'autres. D'autre part, en évitant de se confronter à certaines situations lors desquelles le bégaiement risque d'apparaître (ASHA, s.d.).

En dessous de la surface, se trouvent tous les éléments invisibles représentant l'expérience du locuteur. Cela regroupe le stress, l'anxiété et les réactions négatives à l'égard de la prise de parole (Beilby, 2014). Ces réactions se manifestent surtout lorsque la prise de parole se réalise

dans des contextes sociaux où le trouble est plus susceptible de se déclarer (Craig & Tran, 2006, citées par Craig & Tran, 2014).

« Le bégaiement peut susciter des moqueries, de l'embarras, de la frustration et/ou de la pitié de la part de l'interlocuteur. Il n'est donc pas étonnant que ce trouble soit associé à de la peur, de l'anxiété et/ou de la frustration » (Beilby, 2014, p. 2), mais également à une diminution de la motivation et une tendance à éviter certaines situations (Bloodstein & Ratner, 2008 ; Tran et al., 2011, citées par Craig & Tran, 2014). Tous ces éléments affectent négativement la QDV du locuteur (Beilby, 2014). Enfin, la fréquence du trouble est influencée par différentes réactions comme le stress et l'excitation (ASHA, s.d.).

Pour terminer, les personnes souffrant de ce trouble ont « un risque plus élevé de développer de nombreux problèmes de santé, dont les troubles anxieux sociaux généralisés, la phobie sociale et des affects négatifs » (Blumgart et al., 2010 ; Iverach et al., 2009 ; Iverach et al., 2010, cités par Boyle, 2013, p. 1). Cette affirmation est abordée ultérieurement dans ce mémoire.

1.4 Facteurs de risques

L'étude menée par Costa et al. (2022) a mis en évidence différents facteurs de risque, qui augmenteraient la probabilité qu'un enfant développe un bégaiement persistant plutôt qu'un bégaiement transitoire. Autrement dit, cela signifie que plus un enfant cumulerait ces facteurs de risque, plus son bégaiement risquerait de perdurer. L'intervention précoce devient, dès lors, essentielle. Le premier facteur est « l'effort accru pour parler ». Cela signifie que les enfants qui montrent des signes d'effort dans leurs productions ont, en moyenne, une probabilité 6,5 fois plus élevée de présenter un bégaiement persistant. Le second facteur correspond aux « attitudes familiales négatives ». En effet, une attitude négative des proches envers la parole de l'enfant qui bégaye (EQB) peut conduire ce dernier à développer une attitude négative vis-à-vis de sa propre parole, ce qui peut ainsi nuire à sa communication (frustration de parler ou arrêt de la parole). Cela doublerait ainsi le risque de persistance de son bégaiement. Le troisième facteur est « la durée des épisodes de bégaiement ». Lorsque le bégaiement persiste plus de 12 mois, alors le risque de persistance est accru. Selon l'étude, ce facteur serait toutefois légèrement moins déterminant que les deux précédents.

Certains facteurs, bien que non significatifs dans l'étude de Costa et al. (2022), sont fréquemment mis en avant dans la littérature scientifique, notamment dans la méta-analyse de Singer et al. (2020). Parmi ceux-ci figure le sexe masculin. En effet, les garçons présentent 1,5 fois plus de risque que leur bégaiement perdure. L'âge tardif d'apparition du bégaiement

constitue également un facteur de risque. Cela signifie que les enfants qui commencent à bégayer plus tardivement (vers 4 ans ou plus) sont plus à risque de voir leur bégaiement perdurer. Les auteurs citent également les antécédents familiaux de bégaiement, qui doubleraient presque le risque de persistance. Enfin, une fréquence élevée de disfluences typiques du bégaiement et de faibles compétences en langage oral apparaissent également comme des facteurs de risque.

2. Qualité de vie

2.1 Définition

En 1994, l'OMS a défini le concept de « qualité de vie » (QDV) en tant que : « perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et de système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (Brousse & Boisaubert, 2007, p. 2).

Ce concept ne peut être évalué que par la personne elle-même, selon ce qui est important pour elle, selon ses valeurs et ses croyances. « Au fil des années, pour une même personne, en fonction de son âge, de sa maturité, de son état de santé ou handicap, la perception de la qualité de vie peut varier » (Formarier, 2007, p. 1).

Malgré les nombreux travaux réalisés à ce sujet, la QDV reste « un concept abstrait, complexe, situationnel, multidimensionnel en lien avec une multitude d'autres concepts, tels que la satisfaction, le bien-être, le coping (faire face) ... » (Formarier, 2007, p. 1), sans définition consensuelle (Brousse & Boisaubert, 2007 ; Formarier, 2007). Toutefois, différents auteurs se sont mis d'accord pour mettre en évidence quatre domaines influençant ce concept. Ceux-ci étant « l'état de santé et la gravité du handicap, les aspects psychologique et spirituel, la famille et l'entourage, le niveau socio-économique » (Formarier, 2007, p. 1).

2.2 Intérêt de la qualité de vie en général

Ce concept de QDV permet de mettre en lumière des améliorations qui ne sont pas visibles à travers des évaluations médicales, telles que l'imagerie par exemple (Brousse & Boisaubert, 2007). Il est donc au centre des intérêts du domaine de la santé. En effet, actuellement, l'objectif ne se limite plus uniquement à traiter médicalement les patients, mais également à leur donner l'occasion de vivre au mieux, tout en prenant en considération leur état (Formarier, 2007).

Malgré son manque de définition, il est tout à fait possible d'évaluer ce concept à l'aide d'échelles sous forme de questionnaires auto-administrés, standardisés et validés. L'objectif de

ces échelles étant, depuis plusieurs années, d'apprécier la vision que l'individu a de sa propre qualité de vie (Brousse & Boisaubert, 2007).

2.3 Critères de construction d'une échelle de qualité de vie

Selon Brousse et Boisaubert (2007), la construction des échelles de QDV doit respecter les critères suivants : contenir des questions pertinentes et simples à comprendre, employer une syntaxe grammaticale compréhensible pour un enfant de 10-12 ans, être concise pour favoriser une complétion intégrale (généralement réalisée en auto-administration), ainsi que rassembler les questions par thème. Enfin, habituellement, quatre dimensions sont abordées, à savoir les dimensions physique, psychologique, somatique et sociale.

2.4 Présentation d'une échelle de qualité de vie

La validation d'une échelle de QDV est toujours destinée à une population donnée à une période donnée. Son utilisation dans un autre contexte est donc à éviter (Brousse & Boisaubert, 2007).

Les modalités de réponses proposées dans ces échelles peuvent varier. Elles peuvent être dichotomiques, ordinaires, de type échelle de Likert ou visuelles analogiques, chacune ayant ses avantages et ses inconvénients (Brousse & Boisaubert, 2007). Les réponses récoltées permettent de calculer un score. Selon l'échelle, le score peut être soit global, soit spécifique à chaque dimension (Brousse & Boisaubert, 2007).

Dans leur étude, Franic et Bothe (2008) évaluent différentes échelles afin de déterminer si elles mesurent adéquatement des concepts propres à la QDV en lien avec le bégaiement. Pour ce faire, ils analysent la présence de 13 critères psychométriques¹ :

- 1) Modèle conceptuel : « Étant donné que les mesures de qualité de vie liée à la santé [...] visent à quantifier les sentiments ou les croyances d'une personne atteinte d'une condition donnée, le modèle conceptuel a été évalué dans cette étude en fonction des informations disponibles sur le développement des items pour chaque instrument, et en exigeant que des informations provenant des patients aient été intégrées à ce développement (Franic et al. 2005, cités par Franic & Bothe, 2008, p. 5).
- 2) Consistance interne (niveau individuel, $\alpha \geq .90$) : mesure l'homogénéité des items entre eux, indiquant si tous évaluent bien le même concept chez un individu.

¹ Les qualités psychométriques inspectées dans le cadre de la validation de l'OASES (Yaruss & Quesal, 2006) sont décrites ultérieurement dans ce mémoire, à la section « 3.2.5 Validation ».

- 3) Consistance interne (niveau groupe, $\alpha \geq .70$) : mesure l'homogénéité des items d'un instrument au sein d'un ensemble de participants, indiquant si tous les items évaluent bien le même concept dans une population donnée.
- 4) Fidélité test-retest (niveau individuel, $r \geq .90$) : évalue la stabilité des scores d'une même personne à travers deux passations distinctes.
- 5) Fidélité test-retest (niveau groupe, $r \geq .70$) : évalue la stabilité des scores d'un groupe à travers deux passations distinctes.
- 6) Validité de contenu : vérifie que l'échelle couvre bien toutes les dimensions du concept mesuré sans inclure d'éléments hors sujet.
- 7) Validité de construit : évalue la capacité de l'échelle à réellement mesurer le concept théorique visé (par des analyses de validité convergente, divergente ou factorielle).
- 8) Réactivité : évalue la capacité de l'outil à détecter des différences significatives entre différents groupes à un moment donné (transversale) et (9) au sein d'un même groupe sur un intervalle de temps (longitudinale).
- 10) Disponibilité et (11) qualité des normes : évalue la présence de données normatives permettant d'interpréter les scores obtenus, ainsi que la pertinence et la représentativité des échantillons ayant servi à les établir.
- 12) Charge pour le répondant : évalue dans quelle mesure l'outil est chronophage et accessible en termes de compréhension.
- 13) Charge pour l'administrateur : évalue si l'administration, la cotation et l'interprétation des résultats de l'échelle sont simples et applicables sur le terrain.

2.5 Qualité de vie au sein du bégaiement

Pour comprendre au mieux ce point central de notre mémoire, différentes études traitant du lien entre la QDV et le bégaiement, chez les enfants, les adolescents et les adultes, sont présentées.

La première étude, menée par Craig et al. (2009), a pour objectif d'évaluer l'impact du bégaiement sur la QDV des adultes qui bégaient (AQB). Ces derniers ont obtenu des scores significativement plus faibles que les adultes qui ne bégaien pas, tant au niveau de la vitalité, du fonctionnement social (impactant négativement leur capacité à interagir socialement), du fonctionnement émotionnel (probablement lié à la fréquence du bégaiement) que de la santé mentale². Ces différents éléments ont donc un impact négatif sur la QDV des AQB. Un niveau

² Si la relation entre la santé mentale et le bégaiement vous intéresse, l'étude d'Iverach et al. (2009a) portant sur ce sujet est détaillée dans l'annexe A.

plus faible de vitalité expose les AQB à un risque accru de fatigue. Cette dernière est davantage liée à des sentiments de détresse et à une mauvaise humeur qu'à des aspects physiques de la fatigue, tels que la somnolence et la lassitude (Craig et al., 2006, cités par Craig et al., 2009). Ces résultats soulignent que le bégaiement peut affecter divers domaines de la vie de la même manière que des troubles, comme que le diabète, les maladies coronariennes ... Cette situation est donc très préoccupante et met en avant la nécessité d'exercer des pressions sur les autorités et les organismes responsables du financement de la santé. En effet, cela permettrait d'accroître les fonds alloués et d'améliorer ainsi les ressources permettant de prendre en charge les potentiels effets négatifs du bégaiement (Craig et al., 2009).

Les résultats obtenus dans cette étude semblent liés aux différents événements traumatisants que les AQB ont subis au cours de leur développement : « les réactions négatives, les stéréotypes, le harcèlement, les moqueries, les préjugices sociaux et le rejet de la part du public » (Craig et al., 2009 ; Iverach et al., 2011, cités par Boyle, 2013, p. 1). Ces incidents apparaissent car le bégaiement est un trouble stigmatisé par la société. En outre, ce trouble peut impacter la perception que le locuteur a de lui-même (Craig & Tran, 2014). Cette affirmation est liée à l'auto-stigmatisation que nous aborderons dans la suite de ce mémoire.

La seconde étude, celle de Yaruss (2010), a également mis en évidence une association entre le bégaiement et la QDV. Les résultats indiquent que la majorité des participants anglophones présentent une QDV réduite, en raison de leur bégaiement, avec un impact qualifié de modéré. Cette étude souligne également que le bégaiement peut affecter négativement la QDV des enfants et des adolescents. Yaruss émet que cela serait dû au harcèlement scolaire et aux difficultés d'interaction sociale rencontrés par les jeunes qui bégaien.

L'étude de Beilby (2014) indique, quant à elle, que les jeunes qui bégaien (enfants et adolescents) ont une QDV plus faible que leurs pairs fluents et plus particulièrement les adolescents. Cette même étude souligne que le bégaiement comporte à la fois des éléments observables (répétitions, blocages et allongements) et des éléments cachés, tels que le stress, l'anxiété et des réactions négatives vis-à-vis de la parole en général. Ces différents éléments cachés engendrent souvent une réduction significative de la QDV pour la personne qui vit avec le bégaiement au quotidien.

En 2004, Yaruss et Quesal ont déclaré que les enfants, adolescents et adultes qui bégaien éprouvent souvent de l'anxiété et évitent les situations sociales. Par conséquent, le bégaiement impacte négativement leur QDV. En 2022, Rana et al. étudient la relation entre l'anxiété sociale,

la perception de la stigmatisation et la QDV chez des PQB âgées de 11 à 25 ans. L'étude a mis en évidence une relation positive entre l'anxiété sociale, la perception de la stigmatisation et une faible QDV. De plus, les résultats montrent que les « jeunes » adolescents (11-14 ans) présentent une anxiété sociale plus élevée et une QDV plus faible que les PQB plus âgées. Cela s'expliquerait par l'exposition à de nouvelles expériences sociales et par une phase critique de la construction identitaire. La stigmatisation perçue agit comme un médiateur partiel entre l'anxiété sociale et la QDV. L'étude souligne donc l'importance de réduire la stigmatisation, en particulier chez les jeunes adolescents.

Enfin, la littérature scientifique met en avant que les effets négatifs du bégaiement perdurent au-delà de l'adolescence, affectant négativement la QDV dans sa globalité (Blumgart et al., 2010 ; McAllister, Collier & Shepstone, 2013, cités par Rana et al., 2022).

Toutes ces études ont été présentées pour montrer le réel impact du bégaiement sur la QDV et ce, à tout âge. Cela soutient donc l'intérêt fonctionnel de la validation de l'*« Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering »* (OASES), échelle dont ce mémoire fait l'objet.

Étant donné l'impact de la stigmatisation mis en évidence déjà à ce stade du mémoire, celle-ci est approfondie dans la section suivante.

2.5.1 Stigmatisation

Le bégaiement est associé à deux stigmatisations. La première, la stigmatisation publique peut impacter négativement à la fois les dimensions professionnelles, éducatives et sociales. Elle désigne l'ensemble des attitudes et des comportements négatifs que la société développe à l'égard d'un groupe stéréotypé. Cette stigmatisation s'exprime par des stéréotypes, des préjugés et de la discrimination (ex : évitement, refus d'apporter de l'aide ...) (Corrigan & Watson, 2002). La seconde est l'auto-stigmatisation. Dans ce cas, les personnes stigmatisées (ici les PQB) intérieurisent les stéréotypes, les préjugés et la discrimination auxquels elles sont confrontées. Cela peut alors mener à des comportements auto-discriminatoires (ex : éviter des situations sociales ou professionnelles...) (Corrigan & Watson, 2002). L'étude de Boyle (2013), réalisée auprès d'AQB, met en évidence que ces stigmatisations peuvent influencer négativement leur bien-être et leur QDV.

En 2024, Boyle et Cheyne ont réalisé une étude auprès de 303 AQB, révélant une forte prévalence des discriminations liées au bégaiement. Ce résultat souligne l'importance de réduire la stigmatisation sociale associée à ce trouble, puisque les discriminations subies par les AQB représentent un obstacle social à la communication et à leur QDV. En effet, 56% des

participants ont déclaré avoir subi au moins un épisode de discrimination majeure en lien avec leur bégaiement au cours de leur vie. Les discriminations les plus fréquentes concernent le refus d'embauche et le découragement à poursuivre leur carrière. De plus, les auteurs mettent en évidence une relation négative et significative entre la QDV et la discrimination majeure. Par conséquent, un nombre plus élevé de discriminations prédit une QDV plus faible.

Comme évoqué dans l'étude de Corrigan et Watson (2002), les PQB peuvent adopter des comportements d'isolement social. De tels comportements sont cohérents avec le fait que le trouble d'anxiété sociale (TAS) figure parmi les troubles les plus fréquemment observés au sein de cette population. L'anxiété sociale liée à cette population est donc détaillée dans la suite de ce mémoire.

2.5.2 Anxiété sociale et bégaiement

Les PQB seraient plus enclines à souffrir d'anxiété (Messenger et al., 2015). Le développement de cette dernière est lié à différents facteurs de risque, tels que les facteurs cognitifs (ex : biais d'interprétation³) et les facteurs environnementaux (ex : harcèlement) (Smith et al., 2014).

Le terme « trouble d'anxiété sociale » (TAS), aussi appelé « phobie sociale » (Smith et al., 2014) peut être utilisé dans les cas les plus extrêmes (Messenger et al., 2015). Le TAS est fréquemment lié à une importante diminution de la QDV (Iverach et al., 2016b). Enfin, l'anxiété sociale s'accroît avec le temps (Mulcahy et al., 2008, cités par Craig & Tran, 2014).

D'après l'étude d'Iverach et al. (2016b), les EQB âgés de 7 à 12 ans présentent six fois plus de risque de présenter des TAS (24%) que leurs pairs fluents (5%). Ces résultats soulignent donc l'importance de traiter l'anxiété dès l'enfance, chez les enfants répondant aux critères de troubles anxieux (Iverach et al., 2016b). Kefalianos et al. (2014) ont étudié à quel moment apparaissent les différences de tempérament, y compris les précurseurs de l'anxiété, en comparant les EQB à ceux qui ne bégaient pas. En observant une cohorte âgée de 2 à 4 ans, ils ont conclu que les EQB d'âge préscolaire ne présentent pas un tempérament fondamentalement différent de celui des enfants qui ne bégaient pas. Ils ne présentent donc pas de signes précoce d'anxiété avant ou peu après l'apparition du bégaiement (Kefalianos et al., 2014). Cela suggère que l'anxiété sociale des PQB pourrait apparaître suite aux situations sociales vécues précocement, lors desquelles ce trouble fut perçu négativement (Jones et al., 2021). Cette

³ « Cela se produit lorsque l'individu interprète des situations sociales ambiguës comme menaçantes, ou des situations légèrement négatives comme catastrophiques » (Iverach & Rapee, 2013 ; Lowe et al., 2012 ; Stopa & Clark, 2000, cités par Smith et al., 2014).

hypothèse rejoint le propos d'Iverach et al. (2016b), selon lequel les expériences d'intimidation pourraient contribuer à augmenter l'anxiété sociale chez les EQB.

Dans l'étude de Beilby (2014), des questionnaires parentaux révèlent que les EQB prennent rapidement conscience de leur trouble après son apparition. En effet, dès 3-4 ans, ces enfants manifestent des attitudes plus négatives à l'égard de leur parole, en comparaison de leurs pairs fluents, attitudes qui tendent à s'aggraver avec l'âge. Les jeunes qui bégaien sont donc davantage affectés dans leur vie quotidienne que leurs pairs fluents, particulièrement au niveau des interactions sociales. De plus, Beilby (2014) souligne que plus l'EQB grandit, moins la sévérité objective du bégaiement reflète fidèlement le degré de souffrance ressenti. Autrement dit, un locuteur présentant un bégaiement léger peut souffrir autant, voire plus qu'un locuteur ayant un bégaiement sévère. Il semble donc important d'adopter une PEC globale, en travaillant, d'une part, sur le trouble lui-même et d'autre part, sur l'aspect psychosocial du bégaiement. Cette approche permettrait de diminuer l'anxiété et les attitudes négatives, tout en améliorant en parallèle la fluidité de la parole. L'étude d'Iverach et al. (2009a), détaillée dans l'annexe A, démontre, d'ailleurs, que le traitement des problèmes émotionnels et psychologiques pourrait promouvoir de meilleurs résultats en termes de fluidité et de fonctionnement psychologique.

À l'adolescence, les jeunes qui bégaien montreraient une prévalence plus importante de troubles anxieux, dont le TAS, comparativement aux adolescents fluents (Gunn et al., 2014, cités par Iverach et al., 2016b).

À l'âge adulte, 40% des PQB présentent les caractéristiques correspondant au TAS (Blumgart et al., 2010 ; Iverach et al., 2009, cités par Craig & Tran, 2014). Chez les AQB cherchant un suivi logopédique, le risque de présenter un trouble anxieux est six fois plus élevé que dans le groupe fluent, soit une probabilité 16 à 34 fois plus élevée de développer un TAS (Iverach et al., 2009). Chez les personnes souffrant de TAS, l'évitement de situations sociales est un phénomène courant (American Psychiatric Association, 2013, citée par Jones et al., 2021), ce qui pourrait les limiter dans leur carrière professionnelle (Blumgart et al., 2010 ; Onslow, 2021, cités par Jones et al., 2021).

Si l'anxiété sociale est fréquemment observée chez les PQB, certaines études, comme celle de Iverach et al. (2009b), suggèrent également la présence de troubles anxieux chez les PQB. Par conséquent, nous abordons dans l'annexe B les troubles de la personnalité chez les PQB, dont font partie les troubles anxieux.

2.5.3 Vécu parental et bégaiement

Les réactions des proches, dont celles des parents, influencent la perception que peut avoir l'enfant du bégaiement (Costa et al., 2022). Dans l'étude de Rocha et al. (2020), 50 EQB et leurs parents complètent l'OASES. Les items du questionnaire des parents étaient adaptés pour qu'ils puissent répondre à propos de leur enfant. Aucune différence significative n'est observée entre les EQB et leurs parents qui ne bégaien pas. Par contre, lorsque les parents bégaient également, ils attribuent des scores significativement plus élevés que leur enfant, lorsqu'il est question des réactions émotionnelles et de la QDV.

2.5.4 Mesures de qualité de vie propres au bégaiement

En raison de l'impact que peut avoir le bégaiement sur la QDV des PQB, un instrument se devait d'être créé. Lorsque Yaruss et Quesal se sont lancés dans la conception de l'« Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering » (OASES), d'autres échelles⁴ avaient déjà vu le jour. Toutefois, comme le précisent Bramlett et al. (2006), aucune ne prétendait mesurer la QDV, bien que certaines questions fournissent des informations relatives à ce concept.

Lors de la conception de l'OASES, Yaruss et Quesal (2006) avaient pour objectif de réaliser une évaluation globale de ce que peut vivre la PQB, afin d'avoir un screening réaliste du quotidien du patient.

3. OASES

3.1 Lien avec l'ICF

La construction de l'OASES repose sur le modèle « The International Classification of Functionning, Disability and Health » (ICF) développé par l'OMS (Yaruss & Quesal, 2004). Cette structure se décline en quatre catégories, à savoir les fonctions et structures corporelles, les activités et la participation, les facteurs environnementaux, ainsi que les facteurs personnels. Elle promeut une vision holistique, en ne se limitant pas aux aspects déficitaires, mais en intégrant également le fonctionnement et le contexte dans lequel évolue l'individu (Yaruss & Quesal, 2004).

⁴ Une description non exhaustive de ces échelles est disponible dans l'annexe C.

3.2 Création de l'échelle

3.2.1 Initialement 3 échelles

Au départ, Yaruss et Quesal (2006) ont conçu trois échelles différentes en se rapportant aux composantes de la structure de l'ICF. L'échelle « Speaker's Reactions to Stuttering » (SRS) s'intéressait aux réactions affectives, comportementales et cognitives que ressent l'individu. L'échelle « Functional Communication and Stuttering » (FCS) avait pour objectif d'évaluer les enjeux de la communication dans les interactions avec autrui en général, au travail et dans des situations sociales. La dernière, la « Quality Of Life and Stuttering » (QOL-S), visait à mesurer le potentiel impact du bégaiement sur la QDV des PQB. Ces échelles ont été créées sur base de questionnaires déjà existants, évaluant les concepts visés.

Ces trois échelles ont ensuite été évaluées et modifiées par des PQB, des spécialistes du bégaiement et des groupes de discussion. Après ces études pilotes de Yaruss et Quesal, il en est ressorti que :

- L'échelle de Likert à 5 points, par rapport à celle à 7 points, « maintient un degré suffisant de variabilité, tout en améliorant la facilité d'utilisation et augmentant la fiabilité » (Yaruss & Quesal, 2006, p. 9).
- La validité concourante a été évaluée à l'aide de la S-24 (Andrews & Cutler, 1974), version abrégée de l'échelle initialement conçue par Erickson (1969). Cette version originale de la S-24 comportait 39 vrai/faux, permettant de distinguer les AQB des adultes fluents, sur base de leurs comportements et attitudes face à la communication. En 1974, Andrews et Cutler publient une version revisitée, réduite à 24 items. La suppression d'items permet une distinction plus nette entre les AQB et les adultes fluents (Vanryckeghem & Brutten, 2012). La S-24 a été choisie comme outil de comparaison pour examiner la validité concourante des 3 échelles (SRS, FCS et QOL-S). Les corrélations de Pearson observées avec les trois échelles vont de .68 à .93. La SRS obtient la corrélation la plus élevée puisqu'elle s'inspire directement de l'échelle d'Erickson (1969), version antérieure de la S-24, et que les deux échelles (SRS et S-24) traitent des attitudes liées au bégaiement.
- « La validité de contenu a été établie à partir des réponses des groupes de discussion, des réponses narratives des participants et des commentaires des évaluateurs experts, [...], pour garantir que les éléments spécifiques étaient pertinents pour un large échantillon de personnes qui bégaien. De plus, les analyses d'items [...] ont aidé à garantir que tous les

items étaient pertinents par rapport aux expériences des personnes qui bégaient » (Yaruss & Quesal, 2006, p .9).

- Afin de tester la fidélité test-retest, cinq des participants ont complété les échelles à deux reprises, à environ deux semaines d'intervalle. Face à l'instabilité des réponses à certains items des échelles SRS et FCS, ceux-ci ont été supprimés ou modifiés afin d'éviter que leur ambiguïté ou manque de clarté n'influence la cohérence des réponses d'une passation à l'autre.

3.2.2 The CASES

À la suite de ces révisions, les trois échelles ont été combinées pour n'en former plus qu'une seule. D'autres modifications ont été apportées, telles que l'ajout d'une nouvelle catégorie. Cette dernière aborde les « Informations générales » quant au locuteur et à son bégaiement. Cette nouvelle échelle de 100 items destinée aux AQB et s'étalant sur quatre sections (les 3 échelles précédemment décrites et la nouvelle catégorie) se nomme « Comprehensive Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering » (CASES).

Dans le but de parfaire la CASES, un échantillon plus large (173 AQB, âgés de 18 à 70 ans) que ceux des premières analyses pilotes a été constitué pour récolter des données psychométriques. Bien que les items soient dotés d'une validité et d'une fiabilité jugées suffisantes, une dernière révision fut apportée pour certains mots, en raison de retours émis par les évaluateurs experts et les participants. Cette version actuelle se voit attribuer le nom d'*« Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering »* (OASES).

3.2.3 Composition de l'OASES

Trois versions de l'OASES ont été conçues, de manière à recueillir des données propres à chaque tranche d'âge. L'OASES-S s'adresse aux enfants de 7 à 12 ans, l'OASES-T aux adolescents entre 13 et 17 ans et l'OASES-A est destinée aux adultes âgés de 18 ans et plus.

Les échelles se divisent en quatre sections pour un total de 60 items dans l'OASES-S, 80 items dans l'OASES-T et 100 items dans l'OASES-A.

La section I, intitulée « Informations générales » comprend des questions, telles que « À quelle fréquence es-tu capable de parler de manière fluide/fluente (sans bégayer) ? » et « Qu'est-ce que tu connais à propos du bégaiement en général ? ». Ces questions interrogent le locuteur sur sa parole au quotidien, ses connaissances à propos du bégaiement, son ressenti envers ce dernier et ce qui le concerne (suivi logopédique, groupes de support ...).

La section II, « Réactions face au bégaiement », inspecte à quelle fréquence la PQB présente une telle émotion en pensant à son bégaiement, mais aussi les comportements d'évitement employés couramment ou encore les pensées ancrées en elle. Parmi les questions se trouvent « À quelle fréquence est-ce que tu ressens de la tension physique dans les muscles de ton corps quand tu bégaires ? » et « Quand tu penses au bégaiement, à quelle fréquence te sens-tu triste ou contrarié parce que tu bégaires ? ».

La section III, « Communication quotidienne », se penche sur les difficultés ressenties dans la communication au quotidien chez les PQB. Chez les enfants et les adolescents, les contextes principaux sont la vie en général et l'école, tandis qu'il s'agit du travail, des activités sociales et de la vie à la maison pour les adultes. Différentes questions comme « En général, à quel point est-ce difficile pour toi de parler au téléphone ? » et « À la maison, à quel point est-ce difficile pour toi de parler avec tes grands-parents ou d'autres membres de ta famille ? » s'y retrouvent.

Enfin, la section IV, nommée « Qualité de vie », permet d'évaluer l'impact du bégaiement sur la QDV de la PQB. Elle s'intéresse notamment aux limitations que peut engendrer le bégaiement dans différentes activités et relations, ou encore au ressenti global de bien-être. Les questions « À quel point ton bégaiement interfère-t-il avec ta capacité à réussir à l'école ? » et « À quel point ta vie est-elle affectée négativement par le fait que tu bégaires ? » font partie de cette section.

3.2.4 Cotation

Chaque item nécessite une évaluation subjective du participant au moment de sa cotation. Pour ce faire, une échelle de Likert allant de 1 à 5 est utilisée. Plus le score est élevé, plus l'impact du bégaiement sur la vie de la PQB est ressenti négativement. Il est possible qu'un répondant ne se sente pas concerné par une ou plusieurs situations. Le cas échéant, il devra s'abstenir ou sélectionner la proposition « Ne s'applique pas ». Il en est de même lorsque le participant ne souhaite pas répondre. La cotation ne peut dès lors pas être réalisée par une simple sommation des points de chaque section. En effet, deux critères doivent être remplis pour ne pas affecter le score total. D'une part, un individu obtiendra des points pour la section, uniquement s'il remplit plus de la moitié de ses items. D'autre part, le score de la section sera obtenu en divisant le nombre de points obtenus par le nombre d'items complétés.

Selon sa valeur, ce score renvoie à différents niveaux d'impact du bégaiement sur la QDV, le minimum étant de 1, le maximum étant de 5. L'impact est considéré comme léger quand le score est compris entre 1.00 et 1.49, léger à modéré entre 1.50 et 2.24, modéré entre 2.25 et

2.99, modéré à sévère entre 3.00 et 3.74 et enfin, sévère entre 3.75 et 5.00. Ce score d'impact fournit une information très générale quant à l'expérience de la PQB. Par conséquent, il est pertinent de se pencher sur les réponses fournies aux items afin d'avoir des renseignements plus précis à propos de la réalité de la PQB.

3.2.5 Validation

Lors de la validation de l'OASES, Yaruss et Quesal ont analysé les qualités psychométriques suivantes, à savoir la consistance interne, la fidélité test-retest et la validité concourante, afin de vérifier la fiabilité et la validité de l'échelle (Yaruss & Quesal, 2016).

La consistance interne permet de s'assurer que les différents items mesurent bien un seul et même concept (Laurencelle, 2021). Elle a été mesurée à l'aide d'alphas de Cronbach. Au plus la valeur de l'alpha est basse, au plus il faut s'attendre à ce que l'échelle mesure plus qu'un concept (Cook & Beckman, 2006). À l'inverse, lorsque la valeur de l'alpha est égale à 1, cela indique une consistance interne parfaite (Yaruss & Quesal, 2006). Lors de la validation de la version originelle anglophone de l'OASES-A, une excellente consistance interne, allant de .94 à .99, a été mise en évidence (Yaruss & Quesal, 2006).

La fidélité test-retest consiste à vérifier que les scores obtenus par un participant à deux passations distinctes d'un même questionnaire restent stables (Cook & Beckman, 2006). Pour l'évaluer, des corrélations ont été réalisées. La version originale de l'OASES-A a obtenu une fidélité test-retest allant de .89 à .95, indiquant une bonne stabilité dans le temps. Cette dernière prouve que les résultats obtenus lors d'une passation sont révélateurs du quotidien du patient, et non pas influencés par le moment de l'évaluation.

« La validité concourante est une propriété clinimétrique qui évalue si deux échelles qui mesurent ou prédisent ostensiblement le même résultat sont significativement corrélées ou aboutissent à des prédictions concordantes » (Charlson et al., 2022, p. 6). La validité concourante a été évaluée avant la version définitive de l'OASES-A, à l'aide de corrélations de Pearson entre la S-24 et d'une part, la SRS ($r = .83$) d'autre part, la FCS ($r = .79$) et enfin, la QOL-S ($r = .68$). Dans l'ensemble, ces résultats indiquent une bonne validité concourante.

3.2.6 Traduction en français

Les versions francophones de l'OASES ont été traduites à partir des versions originales, c'est-à-dire depuis l'anglais, en employant la méthode de traduction « forward-backward », recommandée par l'OMS. Ainsi, dans un premier temps, pour chaque version, des logopèdes francophones (belges, françaises et québécoises) ont traduit les items. Ces logopèdes se sont

mises d'accord sur les termes devant être utilisés, afin qu'ils soient adaptés au bégaiement et qu'ils reflètent au mieux les notions transmises par l'échelle anglophone. Lorsque l'ensemble a été jugé acceptable, un traducteur anglophone indépendant, sans expérience préalable dans le domaine du bégaiement, s'est chargé de traduire en anglais la version préalablement traduite en français. Finalement, Yaruss a vérifié la traduction anglophone, en suggérant certaines modifications. Une fois la traduction acceptée par tous, quelques PQB ont rempli l'échelle et quelques dernières modifications ont été apportées afin de simplifier la compréhension de certains items (WHO, s.d.).

3.2.7 Traduction et validation dans d'autres langues

En raison de l'utilité que peut avoir l'OASES dans la pratique logopédique auprès des PQB, l'échelle a déjà été traduite dans de nombreuses langues, adaptée culturellement et validée.

D'autres traductions et données plus détaillées que celles présentées dans le corps de ce mémoire sont disponibles dans l'annexe D.

3.2.7.1 OASES-S

Aux Pays-Bas, Lankman et al. (2015) se sont penchés sur la traduction et la validation de l'OASES-S à destination de la population néerlandaise. L'échantillon se compose de 101 EQB âgés de 7 à 12 ans. La validité concourante a été mesurée en comparant les scores des sections de l'OASES-S aux scores obtenus à différents questionnaires :

- Le « Communication Atitude Test » (CAT, Brutten & Dunham, 1989) permettant une auto-évaluation de la parole chez les EQB, au niveau des pensées, croyances et attitudes qu'ils ont envers la communication (Jones et al., 2021). La corrélation de Spearman entre le CAT ($N = 100$) et le score total de l'OASES est significative et forte ($r_s = .75, p < .01$).
- La « Self-Assessment Scale » (SA Scale, Huinck & Rietveld, 2007) propose aux participants d'auto-évaluer la fluidité de leur parole, en attribuant une note allant de 1 (très mauvaise) à 10 (très bonne). Les corrélations de Spearman entre la SA scale ($N = 99$) et l'OASES sont significatives et varient de -.47 à -.27, avec un $p < .01$.
- L'échelle « Speech Satisfaction » (SS) mesure la satisfaction vis-à-vis de la communication sur une échelle allant de 1 (pas du tout satisfait) à 5 (très satisfait). Les corrélations entre la SS ($N = 99$) et l'OASES sont significatives et varient de -.56 à -.28 avec un $p < .01$.

- Les thérapeutes ont évalué la sévérité du bégaiement de 45 participants au moyen de l'échelle « Clinical Assessment » (CA), échelle allant de 0 (bégaiement léger) à 5 (bégaiement sévère). Cette échelle considère, en plus de la sévérité du bégaiement, les aspects cognitifs, émotionnels, moteurs et sociaux de la personne (Koedoot et al., 2011). Les corrélations entre la CA ($N = 101$) et l'OASES sont significatives et varient de .28 à .52 avec un $p < .01$.

Concernant la consistance interne, les alphas de Cronbach varient de .82 à .92 pour les sections II, III et IV, indiquant une bonne consistance interne. En revanche, la section I n'a obtenu qu'un alpha de .54, indiquant une consistance interne pauvre. L'OASES-D-S est une échelle d'évaluation fiable et valide, bien que certains des participants et thérapeutes aient rapporté qu'elle comprenait des parties moins accessibles en termes de compréhension pour l'enfant de 7-8 ans réalisant la complétion en autonomie.

L'OASES-S a, par ailleurs, été traduite et validée en portugais (Rocha et al., 2021). Les auteurs ont recruté 50 enfants âgés de 7 à 12 ans. Il apparaît que chaque section de l'OASES-S présente une bonne consistance interne (variant de .84 à .96). La fidélité test-retest est appréciée par des tests t de Student ($N = 8$) qui n'ont mis aucune différence significative en évidence entre les deux passations. Dans cette étude, l'impact du bégaiement apparaît léger à modéré. Les résultats indiquent une bonne fiabilité et une bonne validité de la version OASES-S-PT.

Dans l'adaptation de l'échelle pour les enfants suédois, Lindström et al. (2020) ont questionné 32 enfants âgés de 7 à 12 ans. Toutes les sections de l'OASES-S, à l'exception de la section I, présentent une bonne consistance interne, les alphas de Cronbach variant de .84 à .89. Dans cette version, l'impact du bégaiement apparaît modéré. Les corrélations de Pearson réalisées entre les différentes sections de l'OASES-S et la version suédoise du CAT sont significatives (variant de .56 à .76, $p < .01$), suite à un ajustement de Bonferroni. Elles révèlent ainsi que la validité concourante est bonne. La version suédoise de l'OASES-S présente donc une bonne consistance interne et une bonne validité concourante. La fidélité test-retest, elle, n'a pas été examinée.

La version polonaise de l'OASES-S a été complétée par 55 enfants âgés de 7 à 12 ans (Boroń et al., 2022). Cette version a été comparée à la version anglophone, à l'aide de tests t de Student pour échantillons indépendants, avec correction de Bonferroni. Les enfants polonais obtiennent des scores significativement plus élevés à la section I ($t = 3.52$; $p < .001$). Enfin, les alphas de Cronbach obtenus indiquent une bonne consistance interne (variant de .79 à .96).

3.2.7.2 OASES-T

Lindström et al. (2020) ont administré la traduction suédoise de l’OASES-T auprès de 27 adolescents âgés de 13 à 17 ans. À l’exception de la section I qui présente un alpha de Cronbach de .54, les autres sections possèdent une bonne consistance interne, ayant des alphas supérieurs à .80. Les auteurs relèvent, au travers de leur échelle, un impact modéré du bégaiement.

La traduction polonaise de l’OASES-T a été menée par Węsierska et al. (2023). L’échantillon comprend 41 adolescents âgés de 13 à 17 ans. La consistance interne a été évaluée à l’aide d’alphas de Cronbach. Celle-ci est qualifiée de forte, puisque les valeurs varient de .82 à .97 selon les sections. La validité concourante a été mesurée par le biais des versions polonaises du CAT (Communication Attitude Test), des échelles SA (Self-Assessment), SS (Speech Satisfaction) et CA (Clinical Assessment). Des corrélations de Pearson significatives sont obtenues entre le CAT, permettant une auto-évaluation des adolescents qui bégaient quant aux pensées, croyances et attitudes vis-à-vis de leur communication, et l’OASES-T-PL ($r = .52$ à $.71$, $p < .001$). Les auteurs avaient émis cette hypothèse, puisque le CAT mesure des concepts proches de l’OASES, particulièrement ceux de la section II. Les corrélations avec l’échelle SA (corrélations significatives pour les sections I, IV et total, $r = -.59$ à $-.53$, $p < .001$), où l’adolescent doit évaluer la fluidité de sa parole, et l’échelle SS (corrélations significatives pour les sections I, II, IV et total, $r = -.63$ à $-.58$, $p < .001$), évaluant la satisfaction de l’adolescent quant à sa parole, sont négatives. Ainsi, plus les adolescents évaluent leur parole de manière positive (fluidité perçue et satisfaction élevée), moins l’impact du bégaiement sera important sur l’OASES. Les auteurs n’ont, en revanche, pas pu établir un lien significatif avec l’échelle CA, mesurant la sévérité du bégaiement selon le thérapeute. Selon eux, les objectifs des deux outils diffèrent. Dans cette population, les scores d’impact sont modérés. L’outil semble donc fiable et valide pour les adolescents polonais.

3.2.7.3 OASES-A

L’OASES-A a été traduite vers le néerlandais à l’aide de la méthode de traduction « forward and backward » (Koedoot et al., 2011). Aux Pays-Bas, l’échantillon est composé de 138 adultes, âgés de 18 à 74 ans. La consistance interne a été mesurée à l’aide d’alphas de Cronbach. Ceux-ci varient de .84 à .96 selon les sections. La validité concourante a été mesurée en comparant les scores de l’OASES aux échelles SA ($N = 91$), CA ($N = 45$), S-24 ($N = 32$). Cette dernière évalue les attitudes communicationnelles interpersonnelles liées au bégaiement. Les corrélations de Spearman apparaissent significatives entre les sections et le score total de l’OASES et les échelles SA ($r_s = -.62$ à $-.51$, $p < .01$), CA ($r_s = .36$ à $.60$, avec un $p < .05$ pour

la section I, tandis que les autres corrélations ont un $p < .01$) et S-24 ($r_s = .59$ à $.84$, $p < .01$). La consistance interne et la validité concourante obtenues concordent avec les données psychométriques récoltées lors de la validation originale de l’OASES-A.

La version australienne de l’OASES-A a été proposée à 200 AQB âgés de 18 à 85 ans (Blumgart et al., 2012). Un échantillon de parole a été recueilli lors d’un échange de 3 minutes avec un interviewer, permettant de calculer le pourcentage de syllabes bégayées (%SB) (mesure objective de la sévérité du bégaiement). Les personnes ayant un %SB supérieur à 4 ont obtenu des scores significativement plus élevés que les personnes avec un bégaiement plus léger (%SB inférieur à 4) aux sections « Informations générales », « Communication quotidienne » et au score d’impact total de l’OASES-A (Wilks’ Lambda ($4,195$) = 0.91 , $F = 5.0$, $p < 0.1$). Le score de sévérité du bégaiement corrèle faiblement avec la section I de l’OASES-A ($r = .23$, $p < .01$).

L’OASES-A, une fois traduite et adaptée vers le portugais brésilien, a été complétée par 18 AQB (Bragatto et al., 2012) âgés de 18 à 38 ans et ayant tous un %SB supérieur à 3. L’échelle « Stuttering Severity Instrument for Children and Adults » (SSI-3, Riley, 1994) a permis de mesurer la sévérité objective du bégaiement chez les participants. Aucune relation significative n’a été mise en avant, au moyen des corrélations de Spearman, entre les niveaux de sévérité du bégaiement et les scores de l’OASES.

La traduction vers le japonais a suivi le procédé de traduction « forward and backward ». Deux des 100 items se sont vus modifiés afin d’être conformes à la culture japonaise. Deux cents PQB, âgées de 20 à 81 ans, ont complété l’OASES-A-J pour ensuite comparer les données psychométriques aux différentes traductions (Sakai et al., 2017). La fidélité test-retest est analysée chez 14 AQB avec un délai entre les deux passations allant de 7 à 21 jours. La consistance interne est également calculée à l'aide d'alphas de Cronbach. La validité concourante a été examinée au moyen de corrélations de Pearson avec trois échelles, à savoir la S-24, la SA et la SS. L'échelle S-24 évalue les attitudes communicationnelles interpersonnelles liées au bégaiement. L'échelle SA invite le participant à auto-évaluer sa parole de 1 (très mauvaise) à 10 (très bonne). L'échelle Speech Satisfaction (SS) mesure la satisfaction vis-à-vis de la communication. Les scores de la fidélité test-retest (allant de .81 à .95, $p < .01$) témoignent, avec la consistance interne (variant de .80 à .98), d'une bonne fiabilité. La validité concourante est significative pour les 3 échelles suivantes, à savoir la S-24 ($r = .60$ à $.75$, $p < 0.1$), la SA ($r = -.66$ à $-.55$, $p < .01$) et la SS ($r = -.72$ à $-.62$, $p < .01$). Il est important de souligner, que selon Sakai et al., les scores d’impact de chaque section sont significativement plus élevés chez les AQB japonais par rapport à la population anglophone étudiée par Yaruss

et Quesal en 2006. Ce sont notamment les scores obtenus aux items de la section I, concernant la connaissance des thérapies existantes pour prendre en charge le bégaiement, qui marquent cette différence. En conclusion, l’”OASES-A-J présente une bonne fiabilité et une bonne validité.

Afin de valider l’OASES-A vers l’hébreux, un échantillon de 91 locuteurs hébreux habitant en Israël a été constitué (Freud et al., 2017). Les alphas de Cronbach, renseignant sur la consistance interne des sections, varient de .89 à .97, indiquant ainsi une bonne consistance interne. La validité concourante a été évaluée à l’aide de corrélations de Pearson avec trois outils, à savoir la PSS, la SABC et la SLSS. La « Perceived Stuttering Severity self-rating scale » (PSS) permet aux PQB d’estimer la sévérité de leur bégaiement sur une échelle allant de 1 (parole fluente) à 10 (bégaiement très sévère). La « Situation Avoidance Behavior Checklist » (SABC, Cooper, 1976) évalue l’évitement dans diverses situations de parole, au moyen de 50 items notés de 1 (pas d’évitement) à 5 (évitement le plus marqué). Enfin, la « Students Life Satisfaction scale » (SLSS, Huebner, 1991) comprend 7 items notés de 1 à 4, où un score élevé reflète une meilleure satisfaction de vie. Les corrélations apparaissent significatives entre l’OASES et les échelles PSS ($r = .61$ à $.90$, $p < .001$), SABC ($r = .30$ à $.59$, $p < .05$) et SS ($r = -.67$ à $-.54$, $p < .001$). Les scores attribués à l’OASES, à l’exception de la section I, sont significativement et négativement corrélés à l’âge ($r = -.35$ à $-.33$). Cette étude met en évidence que le genre, quant à lui, n’a pas démontré d’influence sur les scores obtenus.

Afin de valider la traduction arabe de l’OASES-A, 133 Égyptiens qui bégaient, âgés de 18 à 51 ans, ont été recrutés (Algamal & Sallam, 2022). Les données sur la sévérité du bégaiement ont été récoltées à partir de l’« Arabic Stuttering Severity Instrument » (ASSI, Rifaie, 1999), échelle allant de 0 à 45. Elle évalue la fréquence de bégaiement sur 100 mots, la durée des trois plus longs épisodes de disfluences et les manifestations physiques simultanées. Les auteurs ont observé des corrélations de Pearson significatives entre les scores de l’OASES-A-A et le score de l’ASSI ($r = .52$ à $.64$, $p < .05$). Toutefois, ils précisent que la correspondance directe n’a pas pu être établie entre les niveaux de sévérité de bégaiement objectivement mesurés par l’ASSI et les scores de l’OASES qui relèvent plutôt de l’impact subjectif. Concernant la fiabilité, les résultats montrent une forte consistance interne (allant de .91 à .98) et une fidélité test-retest élevée ($r = .88$ à 1.00 , $p < .05$).

OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

L'objectif de ce mémoire est de poursuivre la validation des versions francophones des trois échelles OASES-S, OASES-T et OASES-A.

Tout d'abord, la version francophone de chaque OASES fera l'objet d'une analyse descriptive. Celle-ci permettra de connaître la moyenne et l'écart-type de chaque section et du score d'impact total de chaque OASES. De plus, des comparaisons de moyennes à un standard seront réalisées afin d'évaluer si les moyennes de chaque section et du score total de chaque OASES francophone diffèrent significativement de celles obtenues dans les versions originales anglophones.

Tout comme la validation des versions anglophones de l'OASES, les versions francophones doivent remplir les caractéristiques psychométriques que sont la consistance interne, la fidélité test-retest et la validité concourante. Il est attendu que les valeurs de ces données psychométriques soient aussi élevées ou s'approchent des valeurs observées dans les versions anglophones.

- Pour évaluer la consistance interne de chaque section et du score d'impact total de chaque OASES, des alphas de Cronbach seront employés. D'après Yun et al. (2023), différents seuils permettraient d'interpréter le niveau de consistance interne selon la valeur de l'alpha de Cronbach. Une valeur inférieure à .50 indique une consistance interne inacceptable ; entre .50 et .60, une consistance interne pauvre ; entre .60 et .70, une consistance interne questionnable ; entre .70 et .80, une consistance interne jugée acceptable ; entre .80 et .90, une bonne consistance interne ; enfin, au-delà de .90, la consistance interne est considérée comme excellente. Au plus la valeur est basse, au plus il faut s'attendre à ce que l'échelle mesure plus qu'un concept (Cook & Beckman, 2006). Dans cette présente étude, il est attendu que la consistance interne soit bonne. Un tel résultat témoignerait que chacune des 4 sections et le score d'impact total mesurent un seul et même concept.
- Pour évaluer la fidélité test-retest, des corrélations de Pearson ou de Spearman, selon le respect ou non de la normalité des distributions des données, seront utilisées. Il est attendu que la valeur de la corrélation soit égale ou supérieure à .70 pour être considérée comme bonne (Perales et al., 2013). Cela signifierait, ainsi, qu'il existe une bonne stabilité dans le temps entre les réponses données par les participants lors des deux passations espacées de 10 à 14 jours. Cet intervalle de temps n'a pas été choisi par hasard. En effet, celui-ci est considéré comme adéquat pour évaluer cette fidélité (Souza et al., 2017).

- La validité concourante, permettant d'évaluer si les différentes sections de l'OASES mesurent bien ce qu'elles sont censées mesurer, sera étudiée à l'aide de corrélations de Pearson ou de Spearman, selon le respect ou non de la normalité des distributions des données. Ces corrélations seront effectuées entre les différentes sections de l'OASES et certaines échelles censées mesurer les mêmes concepts. Selon Schober et al. (2018), un coefficient de corrélation de Pearson compris entre .00 et .10 indique une corrélation négligeable ; entre .10 et .39, une corrélation faible ; entre .40 et .69, une corrélation modérée ; entre .70 et .89, une corrélation forte ; enfin, des valeurs comprises entre .90 et 1.00 révèlent une corrélation très forte. L'interprétation des corrélations de Spearman repose, quant à elle, sur des seuils différents. Plus précisément, un coefficient de corrélation de Spearman compris entre .00 et .30 indique une absence de corrélation ; entre .30 et .50, une corrélation faible ; entre .50 et .70 une corrélation modérée ; entre .70 et .90, une corrélation forte ; entre .90 et 1.0, une très forte corrélation et 1.0 correspond à une corrélation parfaite (Altman, 1990, cité par Bingol et al., 2022). Dans notre étude, il est donc attendu que la valeur du coefficient de corrélation soit d'au moins .70. Si les sections de l'OASES mesurent adéquatement les mêmes concepts que les échelles externes, les corrélations devraient être élevées. Ces différentes échelles sont détaillées dans la section « Outils » de la méthodologie.

Pour l'OASES-S, nous allons évaluer si les scores de la LSAS-CA (évaluant l'anxiété sociale) sont corrélés avec celui de la section III de l'OASES-S (évaluant l'impact du bégaiement sur la communication quotidienne) mais également, si le score total du PedsQL (versions 5-7 ans ou 8-12 ans) (évaluant la QDV de manière générale) est corrélé avec celui de la section IV (évaluant l'impact du bégaiement sur la QDV) et avec le score total de l'OASES-S.

Pour l'OASES-T, nous apprécierons la corrélation entre le score total de l'UTBAS-6 (évaluant les pensées et les croyances liées au bégaiement) et la section II de l'OASES-T (évaluant les réactions de l'adolescent face au bégaiement). Nous allons également observer si les scores de la LSAS-CA (évaluant l'anxiété sociale) sont corrélés avec celui de la section III de l'OASES-T (évaluant l'impact du bégaiement sur la communication quotidienne) mais aussi, si le score total du PedsQL (version 13-18 ans) (évaluant la QDV de manière générale) est corrélé avec celui de la section IV (évaluant l'impact du bégaiement sur la QDV) et avec le score total de l'OASES-T. Enfin, nous allons examiner si le score total obtenu à l'ESV (évaluant la satisfaction de vie) est corrélé avec celui de la

section IV (évaluant l'impact du bégaiement sur la QDV) et celui du score total de l'OASES-T.

Pour l'OASES-A, nous allons également examiner si le score total de l'UTBAS-6 (évaluant les pensées et les croyances liées au bégaiement) et celui de l'échelle 4S (évaluant la conscience et l'intégration des préjugés liés au bégaiement) sont corrélés avec celui de la section II de l'OASES-A (évaluant les réactions de l'adulte face au bégaiement). Nous allons également observer si le score de la LSAS-SR (évaluant l'anxiété sociale) est corrélé avec celui de la section III de l'OASES-A (évaluant l'impact du bégaiement sur la communication quotidienne). Enfin, nous apprécierons la corrélation entre le score total de l'ESV (évaluant la satisfaction de vie) et celui de la section IV (évaluant l'impact du bégaiement sur la QDV) et le score total de l'OASES-A.

En outre, des hypothèses exploratoires sont émises :

Pour chacune de ces hypothèses, des corrélations de Pearson seront employées en cas de respect de la normalité des distributions des données, tandis que des corrélations de Spearman seront utilisées en cas de non-respect de cette normalité :

Pour l'OASES-S :

- Nous faisons l'hypothèse que les sections et le score d'impact total de l'OASES-S ne sont pas corrélés avec la sévérité objective du bégaiement de l'EQB francophone. En effet, Beilby (2014) souligne que la sévérité objective du trouble ne reflète pas spécialement le degré de souffrance ressenti par l'enfant. Pour vérifier notre hypothèse, des corrélations seront réalisées entre d'une part, les scores obtenus aux différentes sections et au score d'impact total de l'OASES-S et d'autre part, le score obtenu au SSI-4 (score déterminé par un évaluateur externe).
- Nous faisons également l'hypothèse que la sévérité du bégaiement évaluée par l'EQB, par le logopède et par le parent est modérément corrélée avec la QDV. Cette hypothèse est soutenue par la corrélation significative obtenue entre l'échelle CA, où le logopède juge la sévérité du bégaiement (1 = léger, 2 = modéré, 3 = sévère), et le score total de l'OASES-S-D (Lankman et al., 2015). Horton et al. (2023) ont également mis en évidence que la sévérité auto-déclarée du bégaiement est faiblement corrélée avec le score d'impact total de l'OASES chez des PQB âgées de 5 à 84 ans. Pour vérifier notre hypothèse, des corrélations seront réalisées entre le score d'impact total de l'OASES-S et les scores obtenus à l'échelle de sévérité du bégaiement Lidcombe.

- Nous émettons également l'hypothèse que la QDV des enfants serait corrélée avec le vécu parental. Cette hypothèse est soutenue par l'absence de différence significative, observée par Rocha et al. (2020), entre les réponses des EQB et celles de leurs parents qui ne bégaien pas lors de la complétion de l'OASES, ciblée sur la situation de l'enfant. Ainsi, pour vérifier notre hypothèse, le parent de l'enfant complètera le Palin Parent Rating Scale (PPRS) (outil présenté ultérieurement dans ce mémoire). Des corrélations seront ensuite réalisées entre les scores obtenus à différentes sections de l'OASES-S et ceux du PPRS.

Pour l'OASES-T :

- Nous faisons l'hypothèse que les sections et le score d'impact total de l'OASES-T ne sont pas corrélés avec la sévérité objective du bégaiement d'un adolescent francophone qui bégaiet. Cette hypothèse est émise sur base des résultats obtenus par Blumgart et al. (2012), ainsi que par Bragatto et al. (2012), bien que ceux-ci concernent plutôt les adultes que les adolescents. Pour vérifier cette hypothèse, des corrélations seront réalisées entre d'une part, les scores obtenus aux différentes sections et au score d'impact total de l'OASES-T et d'autre part, le score obtenu au SSI-4 (score déterminé par un évaluateur externe).
- Nous faisons également l'hypothèse que la sévérité du bégaiement évaluée par l'adolescent qui bégaiet est corrélée avec la QDV, puisque Horton et al. (2023) ont mis en évidence que la sévérité auto-déclarée du bégaiement est faiblement corrélée avec le score d'impact total de l'OASES chez des PQB âgées de 5 à 84 ans. En revanche, la sévérité du bégaiement évaluée par le logopède ne serait pas corrélée avec la QDV, puisque Wesierska et al. (2023) n'ont établi aucun lien significatif entre l'échelle CA, évaluant la sévérité du bégaiement par le thérapeute, et l'OASES-T. Pour vérifier notre hypothèse, des corrélations seront réalisées entre le score d'impact total de l'OASES-T et les scores obtenus à l'échelle de sévérité du bégaiement Camperdown.
- Nous avançons l'hypothèse qu'il existerait un lien entre la QDV et l'effort dédié à la fluidité de la parole. Pour vérifier cette hypothèse, des corrélations seront effectuées entre chaque section et le score d'impact total de l'OASES-T, et le score obtenu au questionnaire d'effort dédié à la fluidité de la parole.
- Nous formulons l'hypothèse qu'il existerait un lien entre la QDV et la satisfaction liée à la parole. En effet, Węsierska et al. (2023) ont mis en évidence que la SA scale, échelle évaluant la satisfaction liée à la parole, était significativement et modérément corrélée

avec l’OASES-T. Pour tester notre hypothèse, des corrélations seront effectuées entre chaque section et le score d’impact total de l’OASES-T, et le score de la SA scale.

- Nous émettons l’hypothèse qu’il existerait un lien entre la QDV et la satisfaction liée à la communication. En effet, Węsierska et al. (2023) ont mis en avant des corrélations significatives et modérées entre la SS, évaluant la satisfaction liée à la communication, et l’OASES-T. Pour éprouver notre hypothèse, des corrélations seront effectuées entre chaque section et le score d’impact total de l’OASES-T, et le score de la SCESS scale.
- Nous émettons également l’hypothèse que la QDV des adolescents serait corrélée avec le vécu parental. Cette hypothèse est soutenue par l’étude de Rocha et al. (2020) présentée ci-dessus, bien qu’elle concerne plutôt les enfants que les adolescents. Pour vérifier cette hypothèse, le parent de l’adolescent complètera le PPRS. Sur base de celui-ci, des corrélations seront réalisées entre les scores obtenus à différentes sections de l’OASES-T et ceux obtenus au PPRS.

Pour l’OASES-A :

- Nous faisons l’hypothèse que les sections et le score d’impact de l’OASES-A ne sont pas corrélés avec la sévérité du bégaiement d’un AQB francophone (Bragatto et al., 2012 ; Blumgart et al., 2012). Pour vérifier cette hypothèse, des corrélations seront réalisées entre les scores obtenus aux différentes sections et au score d’impact total de l’OASES-A, et le score de sévérité obtenu au SSI-4 (score déterminé par un évaluateur externe). Toutefois, Algamal et Salam (2022) avaient mis en évidence des corrélations significatives entre l’ASSI, échelle relativement similaire au SSI-4, et les différents scores de l’OASES.
- Nous faisons également l’hypothèse que la sévérité du bégaiement évaluée par l’AQB et par le logopède est modérément corrélée avec la QDV. En effet, Koedoot et al. (2011) ont mis en évidence une corrélation significative modérée entre l’échelle CA, évaluant la sévérité du bégaiement par le thérapeute, et l’OASES-A. Freud et al. (2017) ont, eux, obtenu des corrélations allant de modérées à très fortes entre le PSS, échelle permettant à l’AQB d’estimer la sévérité de son bégaiement, et l’OASES-A. Enfin, l’étude de Horton et al. (2023) soutient également notre hypothèse. Pour vérifier cette dernière, des corrélations seront réalisées entre le score d’impact total de l’OASES-A et les scores obtenus à l’échelle de sévérité du bégaiement Camperdown .
- Nous avançons l’hypothèse qu’il y aurait un lien entre la QDV et l’effort dédié à la fluidité de la parole. Pour vérifier cette hypothèse, des corrélations seront effectuées entre chaque

section et le score d'impact total de l'OASES-A, et le score obtenu au questionnaire d'effort dédié à la fluidité de la parole.

- Nous formulons l'hypothèse qu'il existerait un lien entre la QDV et la satisfaction liée à la parole. En effet, Koedoot et al. (2011), ainsi que Sakai et al. (2017), ont mis en évidence des corrélations significatives et modérées entre la SA scale, échelle évaluant la satisfaction liée à la parole, et l'OASES-A. Pour tester notre hypothèse, des corrélations seront effectuées entre chaque section et le score d'impact total de l'OASES-A, et le score de la SA scale.
- Nous émettons l'hypothèse qu'il existerait un lien entre la QDV et la satisfaction liée à la communication. En effet, Sakai et al. (2017) ont mis en avant des corrélations significatives allant de modérées à sévères entre la SS, échelle évaluant la satisfaction vis-à-vis de la communication, et l'OASES-A. Pour éprouver notre hypothèse, des corrélations seront effectuées entre chaque section et le score d'impact total de l'OASES-A, et le score de la SCESS scale.

MÉTHODOLOGIE

1. Participants

Le recrutement et les entretiens auprès des PQB se sont poursuivis dans le cadre de cette étude ayant un accord éthique en cours de validité. Les participants ont été sélectionnés selon certains critères. Le critère d'âge était d'être âgé de minimum 7 ans. Entre 7 et 12 ans, les participants complétaient l'OASES-S, entre 13 et 17 ans, l'OASES-T et enfin, pour les personnes majeures, l'OASES-A a été utilisée. Quant aux critères d'exclusion, les participants ne devaient pas présenter de trouble neurologique acquis ni de déficience intellectuelle. Toutefois, la cooccurrence des troubles, tels que le TDAH, la dyscalculie, la dyslexie et la dysorthographie, était acceptée. Il fallait, cependant, que le bégaiement reste le trouble principal du participant. Par exemple, s'il présentait un TDAH hyper envahissant et que son profil de bégaiement était mineur, alors il s'agissait d'un critère d'exclusion. En revanche, si son bégaiement prenait une place importante dans sa vie et que son TDAH n'était pas plus envahissant, il pouvait rentrer dans l'étude.

Afin de maximiser le recrutement, nous sommes entrés en contact par courriel avec des logopèdes spécialistes du bégaiement de la région wallonne et Bruxelles-Capitale, ainsi qu'avec des orthophonistes spécialistes du bégaiement, issus de toute la France. Outre le recrutement par courriel, nous sommes également passés par les réseaux sociaux en partageant des annonces sur nos comptes privés et dans des groupes réservés aux PQB et aux logopèdes. De plus, nous avons relayé l'information par le bouche-à-oreille en parlant de notre mémoire autour de nous.

Les données récoltées sur base des 38 nouveaux participants ont été ajoutées à celles recueillies les années précédentes. Ces dernières ont fait l'objet d'une vérification rigoureuse pour l'ensemble des questionnaires afin de s'assurer de la fiabilité et validité des données. Les analyses statistiques réalisées dans ce mémoire, pour la validation de l'OASES-S, l'OASES-T et l'OASES-A, ont ainsi porté sur l'ensemble des données récoltées, à savoir celles de 147 participants ($N = 147$) (tableau 1).

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

	Enfants <i>N = 54</i>	Adolescents <i>N = 27</i>	Adultes <i>N = 66</i>
Répartition ♂ ♀	41♂ ; 12 ♀	19♂ ; 8 ♀	48♂ ; 18♀
Âge moyen	9.58	14.38	34.00

2. Outils

2.1 Overall Assessment of the Speaker’s Experience of Stuttering

Il existe trois versions francophones distinctes de cette échelle selon l’âge du participant, à savoir l’OASES-S pour les enfants (âgés de 7 à 12 ans), l’OASES-T pour les adolescents (âgés de 13 à 17 ans) et l’OASES-A pour les adultes (âgés de 18 ans et plus). Chaque version comprend 4 sections distinctes et un score d’impact total (cf. exemples d’items spécifiques à chaque section, pp. 14-15). Le score d’impact de chaque section et du score total correspond à un taux d’impact spécifique, permettant de caractériser l’impact du bégaiement sur la vie de la PQB. Plus ce score est élevé, plus cela signifie que l’impact du bégaiement sur la vie de la PQB est important.

Lors de ce mémoire, l’OASES a été administrée à deux reprises, avec un intervalle de 10 à 14 jours, permettant d’évaluer la fidélité test-retest.

2.2 Stuttering Severity Instrument

Le « Stuttering Severity Instrument » (SSI-4, Riley, 2009) est un outil d’évaluation permettant d’objectiver la sévérité du bégaiement à partir d’un échantillon de conversation spontanée (environ 5 minutes) et d’une lecture d’un court texte, dont le niveau est adapté à l’âge du participant. L’échantillon comprend au moins 200 syllabes recueillies lors de la conversation. Chez les non-lecteurs, seule la conversation est utilisée. Enfin, il est préférable de filmer ces deux étapes afin d’objectiver la sévérité du bégaiement le plus précisément possible.

Dans cet outil, la sévérité objective du bégaiement est calculée sur base du pourcentage de syllabes bégayées, de la durée des trois plus longs épisodes de bégaiement et des mouvements concomitants associés au bégaiement. Ce score total est calculé en additionnant les scores obtenus à ces 3 paramètres. Il est ensuite converti en rang percentile, correspondant à un certain niveau de sévérité du bégaiement. Plus le score est élevé, plus le bégaiement est sévère.

Cet outil permet d’évaluer dans quelle mesure les scores obtenus aux OASES sont corrélés avec la sévérité objective du bégaiement.

2.3 Échelle de sévérité du bégaiement Lidcombe 0-9

Cette échelle est issue du programme Lidcombe (Onslow et al., 2003 ; Onslow et al., 2024), destiné aux enfants. Elle permet d'évaluer la sévérité du bégaiement de l'EQB à l'aide d'une échelle de Likert allant de 0 à 9 (0 = pas du tout de bégaiement, 9 = le plus gros bégaiement que l'on puisse imaginer). Pour notre protocole, nous avons décidé de la faire remplir 4 fois :

- Par l'enfant lui-même pour juger de la sévérité de son bégaiement lors de la conversation ;
- Par l'enfant lui-même pour juger de la sévérité de son bégaiement de manière générale, ces derniers temps ;
- Par les parents, pour juger de la sévérité du bégaiement de leur enfant ces derniers temps ;
- Par la logopède, a posteriori, pour juger de la sévérité du bégaiement de l'enfant lors de la conversation.

Les scores obtenus à cette échelle seront utilisés afin d'évaluer si le score total de l'OASES-S est corrélé avec la sévérité subjective du bégaiement.

2.4 Échelle de sévérité du bégaiement Camperdown 0-8

Cette échelle provient du Programme Camperdown (O'Brian et al., 2018 ; O'Brian et al., 2024), destiné aux adolescents et aux adultes qui bégaient. Cette échelle permet d'évaluer la sévérité du bégaiement de la PQB à l'aide d'une échelle de Likert allant de 0 à 8 (0 = pas du tout de bégaiement, 8 = le plus gros bégaiement que l'on puisse imaginer).

Afin de rester cohérent avec les programmes de PEC destinés aux adolescents et aux adultes et de ne pas embrouiller les participants qui les suivraient, cette échelle a été privilégiée à la précédente. En effet, cette dernière est spécifiquement destinée aux enfants.

Pour notre protocole, nous avons décidé de la faire remplir 4 fois pour les adolescents et 3 fois pour les adultes :

- Par l'adolescent/l'adulte lui-même pour juger de la sévérité de son bégaiement lors de la conversation ;
- Par l'adolescent/l'adulte lui-même pour juger de la sévérité de son bégaiement de manière générale, ces derniers temps ;
- Par les parents, pour juger de la sévérité du bégaiement de leur adolescent ces derniers temps ;

- Par la logopède, a posteriori, pour juger de la sévérité du bégaiement de l'adolescent/l'adulte lors de la conversation.

Les scores obtenus seront utilisés afin d'évaluer si le score total de l'OASES-T (pour les adolescents) ou de l'OASES-A (pour les adultes) est corrélé avec la sévérité subjective du bégaiement.

2.5 Liebowitz Social Anxiety Scale

Les deux versions francophones de ces échelles sont utilisées afin d'évaluer le niveau de peur/anxiété et d'évitement généré lors de différentes situations sociales. Selon l'âge du participant, la version administrée diffère. La « Liebowitz Social Anxiety Scale - Children and Adolescents » (LSAS-CA, Schmits et al., 2014) s'adresse aux enfants et aux adolescents, tandis que la « Liebowitz Social Anxiety Scale - Self Reported » (LSAS-SR, Heeren et al., 2012) s'adresse aux adultes. Les deux versions comprennent 24 situations. Parmi celles-ci, il y a, par exemple, « Parler à tes camarades de classe ou d'autres personnes au téléphone » dans la version proposée aux enfants et adolescents, et « Aller en soirée » dans la version adressée aux adultes. Pour chaque situation, le participant doit évaluer, à l'aide d'une échelle allant de 0 à 3 (0 = aucune ou jamais, 3 = sévère ou habituel), à la fois le niveau de peur/d'anxiété qu'il éprouve et le niveau d'évitement (tendance à vouloir fuir cette situation) auquel il est confronté. À la fin de la passation, les sous-scores de peur/anxiété (d'une part) et d'évitement (d'autre part) sont calculés, ainsi que le score total de l'échelle qui les regroupe. Plus les scores sont élevés, plus l'anxiété sociale est considérée comme importante.

Cette échelle permet d'évaluer la validité concourante avec la section III de l'OASES-S, de l'OASES-T et de l'OASES-A, à savoir « Communication quotidienne ».

2.6 Pediatric Quality of Life Inventory

Le « Pediatric Quality of Life Inventory » (PedsQL, Varni et al., 1999) est un questionnaire évaluant la QDV pédiatrique. Il existe trois versions différentes selon l'âge du participant. Le PedsQL 5-7 et le PedsQL 8-12 s'adressent aux enfants, alors que le PedsQL 13-18 est destiné aux adolescents. Tout au long de la récolte des données des adolescents, différentes versions du PedsQL, variant par leur longueur, ont été employées. La version courte, dite « Short Form » comprend 15 items, tandis que la version longue comporte 23 items.

Cet inventaire général comprend donc 15 ou 23 items, répartis en 4 catégories, à savoir « Ma santé et mes activités » (ex : « J'ai des difficultés à soulever un objet lourd »), « Mes émotions »

(ex : « Je me sens triste »), « Mes relations avec les autres » (ex : « Les autres adolescents se moquent de moi »), « L'école / Les études » (ex : « J'oublie les choses »). Le participant doit indiquer dans quelle mesure les 15 ou 23 situations ont représenté un problème pour lui au cours des dernières semaines. Chaque item est évalué à l'aide d'une échelle de Likert allant de 0 à 4 (0 = jamais, 4 = presque toujours). À la fin de l'administration, un score total est calculé. Plus celui-ci est élevé, plus la QDV est préservée.

Cette échelle permet d'évaluer la validité concourante avec la section IV de l'OASES-S et de l'OASES-T, à savoir « Qualité de vie ».

2.7 Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering Scales

La « Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering Scale » (UTBAS, St Clare et al., 2009) est une échelle conçue pour évaluer les pensées et croyances liées au bégaiement chez les adolescents et les adultes. Dans le cadre de ce mémoire, nous avons utilisé la version courte d'Iverach et al. (2016a) qui se compose de 6 énoncés (ex : « Je ne connaîtrai jamais le succès à cause de mon bégaiement », « Les gens vont penser que je suis étrange »). Pour chaque énoncé, le participant doit évaluer (1) la fréquence à laquelle cette pensée survient, (2) le degré de croyance associé à cette pensée et (3) l'anxiété que cette pensée génère. L'évaluation de chaque énoncé s'effectue à l'aide d'une échelle de Likert allant de 1 à 5 (1 = jamais ou pas du tout, 5 = toujours ou totalement), sur laquelle le participant entoure un chiffre correspondant à son jugement personnel pour chacun des trois critères (fréquence, croyance et anxiété). Le score total de l'échelle est calculé en additionnant l'ensemble des scores. Plus ce score est élevé, plus les croyances liées aux énoncés sont considérées comme péjoratives.

Cette échelle permet d'évaluer la validité concourante avec la section II de l'OASES-T et de l'OASES-A, à savoir « Réactions face au bégaiement ».

2.8 Questionnaire en 3 items sur la parole perçue

Ce questionnaire regroupe trois courts questionnaires administrés à la fois aux adolescents et aux adultes. Ils permettent d'évaluer la corrélation entre d'une part, la QDV et d'autre part, l'effort dédié à la fluidité de la parole, la satisfaction liée à la parole et la satisfaction liée à la communication.

2.8.1 Un questionnaire d'effort dédié à la fluidité de la parole

Ce questionnaire a été créé par Sakai et al. en 2017. Lors de sa complétion, le participant est invité à s'auto-évaluer sur la proportion d'effort dédié à la fluidité de sa parole par rapport à l'ensemble de l'effort mental requis pour prendre la parole. Cette évaluation est réalisée à l'aide d'une échelle allant de 0 à 100%. Plus le pourcentage est élevé, plus cela signifie que la PQB consacre de l'énergie à maintenir une parole fluide, au détriment de son contenu.

2.8.2 Self-Assessment Scale

La « Self-Assessment Scale » (SA scale, Huinck & Rietveld, 2007) est une auto-évaluation permettant au participant de qualifier la qualité de sa parole de façon générale. Le participant doit répondre à la question « De manière générale, comment qualifiez-vous votre parole ? » à l'aide d'une échelle allant de 0 à 10 (0 = très mauvaise, 10 = très bonne).

2.8.3 Satisfaction with Communication in Everyday Speaking Situations scale

La « Satisfaction with Communication in Everyday Speaking Situations scale » (SCCESS scale, Karimi et al., 2018) est une auto-évaluation permettant de mesurer la satisfaction liée à la communication. Le participant doit répondre à la question « En considérant toutes les problématiques associées au bégaiement, à quel point êtes-vous satisfait actuellement avec votre communication dans les situations de la vie quotidienne ? » à l'aide d'une échelle allant de 0 à 9 (0 = extrêmement satisfait, 9 = extrêmement insatisfait).

2.9 Échelle de satisfaction de vie

Dans le cadre de ce mémoire, la version francophone de cette échelle, à savoir l'« Échelle de satisfaction de vie » (ESV, Blais et al., 1989), a été utilisée. Elle a été conçue pour évaluer la satisfaction de vie des adolescents et des adultes. Cette échelle comprend 5 énoncés (ex : « Mes conditions de vie sont excellentes », « Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien »). Pour chacun, le participant doit indiquer son degré d'accord ou de désaccord, à l'aide d'une échelle de Likert allant de 1 à 7 (1 = fortement en désaccord, 7 = fortement en accord). Le score total est calculé en additionnant les scores de chaque énoncé. Plus il est élevé, plus la satisfaction de vie est considérée comme importante.

Cette échelle permet d'évaluer la validité concourante avec la section IV de l'OASES-T et de l'OASES-A, à savoir « Qualité de vie » et celle du score d'impact total de l'OASES-T et de l'OASES-A.

2.10 The Self-Stigma of Stuttering Scale

L'échelle « Self-Stigma of Stuttering Scale » (4S, Boyle, 2015) est une échelle permettant d'évaluer dans quelle mesure la personne est consciente des préjugés à l'encontre des PQB et comment elle les a intégrés. Cette auto-évaluation comprend 33 items pour lesquels le participant doit indiquer son degré d'accord ou de désaccord à l'aide d'une échelle allant de 1 à 5 (1 = pas du tout d'accord, 5 = entièrement d'accord). Les items sont répartis en 3 sections différentes :

- « Ce que vous croyez que la plupart des gens pensent des personnes qui bégaient » (ex : « La plupart des gens croient que les personnes qui bégaient ont confiance en elles »).
- « Votre perception générale des personnes qui bégaient » (ex : « En général, je crois que la plupart des personnes qui bégaient sont timides »).
- « Votre perception de vous-même, en comparaison aux personnes qui ne bégaient pas » (ex : « À cause de mon bégaiement, je suis moins sociable que les personnes qui ne bégaient pas »).

Pour obtenir le score total, il est nécessaire d'inverser les scores des items formulés positivement. Plus le score est élevé, plus la perception du bégaiement est négative.

Cette échelle permet d'évaluer la validité concourante avec la section II de l'OASES-A, à savoir « Réactions face au bégaiement ».

2.11 Palin Parent Rating Scale

Le « Paling Parent Rating Scale » (PPRS, Millard & Davis, 2016) est une échelle destinée aux parents de mineurs (enfants et adolescents). Elle permet d'évaluer la perception et le vécu des parents par rapport au bégaiement de leur enfant, ainsi que son impact global sur les EQB et leurs parents. Cette échelle comprend 3 sections différentes, chacune comprenant des items devant être évalués par les parents à l'aide d'une échelle visuelle analogique non graduée, c'est-à-dire une échelle continue, allant de « pas du tout » à « tout à fait » :

- La section 1, « L'impact sur le bégaiement », contient 7 items (ex : « À quel point votre enfant est-il heureux en général ? »).
- La section 2, « La sévérité du bégaiement et les préoccupations des parents », comprend 7 items (ex : « À quel point êtes-vous anxieux quant à l'avenir de votre enfant à cause de son bégaiement ? »).

- La section 3, « Les connaissances des parents et leur confiance quant à leur gestion du bégaiement », contient 2 items avec deux sous-questions pour le second item (ex : « Comprenez-vous ce qui influence le bégaiement de votre enfant ? »).

Le score total est obtenu en additionnant les scores recueillis aux trois sections. Cette somme est ensuite divisée par le nombre d'items complétés, permettant ainsi d'obtenir une moyenne. Un score faible traduit un impact sévère du bégaiement sur la perception et le vécu des parents.

Cette échelle permet d'évaluer les corrélations entre les scores obtenus à la section II de l'OASES-S et de l'OASES-T et la section 1 du PPRS, entre les scores obtenus à la section III de l'OASES-S et de l'OASES-T et la section 2 du PPRS et entre les scores obtenus à la section IV de l'OASES-S et de l'OASES-T et la section 3 du PPRS.

3. Procédure

Une fois les formulaires d'informations et de consentement complétés par les participants volontaires, une anamnèse leur était également transmise. Cette dernière nous permettait de récolter diverses informations, telles que l'âge, le sexe, le niveau d'étude ... mais également, d'en connaître davantage sur l'histoire de leur bégaiement (l'âge d'apparition, les antécédents familiaux, la présence d'une éventuelle PEC logopédique ...). Si le participant était un enfant ou un adolescent, le PPRS était également envoyé par courriel aux parents afin qu'ils puissent le compléter. Une fois les formulaires en ordre, nous nous mettions d'accord sur une date, une heure et un mode de passation (soit en présentiel, soit en distanciel) pour réaliser le premier entretien. Ensuite, un second entretien était fixé 10 à 14 jours après le premier, si le participant était toujours volontaire. Exceptionnellement, les deux passations pouvaient être espacées de plus de 14 jours s'il n'était pas possible de faire autrement. Toutefois, plus le délai entre les deux passations est long, plus la fidélité test-retest aurait tendance à diminuer (Souza et al., 2017). De plus, lors du second entretien, la compléction en autonomie a parfois été envisagée.

Lors de nos entretiens, la méthodologie à suivre était différente selon la tranche d'âge du participant. Le mode de passation qui a été principalement utilisé est celui par visioconférence (Microsoft Teams), en raison de la distance géographique entre les participants et les évaluateurs. Cette modalité a donc permis de maximiser le nombre de participants.

Au début de chaque premier entretien, quel que soit l'âge du participant, une conversation spontanée était effectuée, ainsi qu'une lecture d'un court texte (sauf pour les participants non-lecteurs). Lorsque le participant donnait son accord, ces deux étapes étaient filmées, afin de pouvoir réaliser une analyse plus précise et complète des disfluences et des comportements

concomitants. Le premier entretien comprenait donc une conversation, une lecture et une compléTION de divers questionnaires (tableau 2). Le second entretien se limitait à une deuxième passation de l’OASES. Cette seconde session permettait de vérifier la fidélité test-retest, alors que la passation des divers questionnaires permettait, quant à elle, d’évaluer la validité concourante et tester nos différentes hypothèses exploratoires.

Enfin, si notre participant avait complété l’OASES moins de 8 semaines auparavant avec son/sa logopède ou dans le cadre d’une autre étude, nous pouvions reprendre cette version pour le premier entretien. Toutefois, lors du second entretien, il était, cette fois, indispensable de réaliser une seconde compléTION.

D’un point de vue éthique, l’ensemble des données récolTées a été anonymisé à l’aide d’un code propre à chaque participant, puis conservé dans un dossier sécurisé.

Tableau 2. Épreuves selon la catégorie d’âge des participants et l’ordre de passation

Enfants	Adolescents	Adultes
PPRS	PPRS	
SSI-4	SSI-4	SSI-4
Échelle Lidcombe 0-9	Échelle Camperdown 0-8	Échelle Camperdown 0-8
OASES-S (1 ^{ère} passation)	OASES-T (1 ^{ère} passation)	OASES-A (1 ^{ère} passation)
LSAS-CA	LSAS-CA	LSAS-SR
PedsQL (5-7 ou 8-12)	PedsQL (13-18)	
	UTBAS-6	UTBAS-6
	Questionnaire en 3 items de la parole perçue	Questionnaire en 3 items de la parole perçue
	ESV	ESV
OASES-S (2 ^{ème} passation)	OASES-T (2 ^{ème} passation)	Échelle 4S
		OASES-A (2 ^{ème} passation)

RÉSULTATS

1. Remarques préliminaires

Les données recueillies ont été analysées à l'aide de la version 9.4 du logiciel statistique « Statistical Analysis System » (SASTM). La normalité des distributions des données a été vérifiée au moyen du test de Shapiro-Wilk, étant donné la taille de nos échantillons. Lorsque les distributions des données d'une même analyse respectaient la normalité, les tests paramétriques ont été utilisés, à savoir les corrélations de Pearson. Lorsque les distributions des données d'une même analyse ne respectaient pas, en partie ou pas du tout la normalité, les tests non paramétriques ont été employés, à savoir les corrélations de Spearman. Autrement dit, dans un souci d'homogénéité, lorsque la normalité variait au sein d'une même analyse, les tests non paramétriques ont été privilégiés.

Parmi nos différentes analyses statistiques, des comparaisons de moyennes à un standard ont été effectuées, afin de comparer les moyennes obtenues dans ce mémoire à celles récoltées lors de la validation des versions anglophones. La consistance interne a été évaluée à l'aide d'alphas de Cronbach. En outre, les corrélations de Pearson ou de Spearman ont été utilisées pour évaluer la fidélité test-retest, la validité concourante, ainsi que pour tester nos différentes hypothèses exploratoires.

2. OASES-S

2.1 Analyses descriptives de la version francophone de l'OASES-S

Les moyennes et écarts-types des scores d'impact de chaque section et du score d'impact total de l'OASES-S ont été calculés sur base de la première passation de la version francophone de l'OASES-S. Ces analyses ont été réalisées sur base des données des 54 enfants ayant participé à l'étude. Ces indices de tendance centrale sont comparés aux données issues d'autres versions précédemment validées de l'OASES-S (tableau 3).

Pour rappel, l'interprétation des scores d'impact de l'OASES repose sur les seuils suivants : un score compris entre 1.00 et 1.49 est considéré comme un taux d'impact léger ; entre 1.50 et 2.24, comme léger à modéré ; entre 2.25 et 2.99, comme modéré ; entre 3.00 et 3.74, comme modéré à sévère ; et entre 3.75 et 5.00, comme sévère.

Tableau 3. Moyennes (M) et écarts-types (ET) des scores obtenus aux versions francophone (données de ce mémoire) (FR), anglophone (AN), néerlandophone (D), lusophone (PT), suédoophone (SD) et polonophone (PL) de l’OASES-S

OASES-S	FR (N = 54)	AN ^a (N = 75)	D ^b (N = 101)	PT ^c (N = 27)	SD ^d (N = 32)	PL ^e (N = 41)
	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)
Section I	2.75 (0.49)	2.57 (0.48)	2.75 (0.40)	3.03 (0.63)	2.89 (0.42)	2.84 (0.56)
Section II	2.14 (0.58)	2.38 (0.41)	1.87 (0.64)	2.10 (0.40)	2.33 (0.63)	2.22 (0.75)
Section III	1.87 (0.54)	2.08 (0.49)	2.04 (0.57)	1.68 (0.43)	1.96 (0.65)	2.06 (0.78)
Section IV	1.65 (0.58)	1.72 (0.23)	1.57 (0.55)	1.66 (0.43)	1.69 (0.58)	1.83 (0.76)
Total	2.14 (0.43)	2.25 (0.50)	2.09 (0.42)	2.16 (0.71)	2.28 (0.47)	2.26 (0.61)

Note. ^aYaruss & Quesal (2016) ; ^bLankman et al. (2015) ; ^cRocha et al. (2021) ; ^dLindström et al. (2020) ;^eWersierska et al. (2023)

Concernant l’interprétation des résultats :

- La moyenne de la section I correspond à un taux d’impact « modéré », comme celui observé dans la version anglophone ;
- La moyenne de la section II correspond à un taux d’impact « léger à modéré », alors que la moyenne de référence anglophone indique un taux d’impact « modéré » ;
- La moyenne de la section III correspond à un taux d’impact « léger à modéré », similaire à celui rapporté dans la version anglophone ;
- La moyenne de la section IV correspond à un taux d’impact « léger à modéré », identique à celui de la version anglophone ;

- La moyenne du score d’impact total correspond à un taux d’impact « léger à modéré », tandis que la moyenne de référence anglophone correspond à un taux d’impact « modéré ».

Ensuite, des comparaisons de moyennes à un standard ont été réalisées entre d'une part, les moyennes obtenues pour chaque section et le score d'impact total de la version francophone de l'OASES-S et d'autre part, les moyennes de référence des différentes sections issues de la version anglophone précédemment validée (Yaruss & Quesal, 2016). Les comparaisons permettent de déterminer si les moyennes observées au sein de notre échantillon ($N = 54$) diffèrent significativement de celles de référence.

- La comparaison de la moyenne de la section I, évaluant les informations générales que l'enfant possède à propos du bégaiement, avec la valeur standard 2.57 ($t_{2.57} = 2.65, p = .011$) indique une différence significative entre les moyennes des deux groupes. Cela signifie que les connaissances générales concernant le bégaiement sont significativement moins importantes dans notre échantillon que dans celui de référence.
- La comparaison de la moyenne de la section II, évaluant les réactions que l'EQB a face à son bégaiement, avec la valeur standard 2.38 ($t_{2.38} = -3.01, p = .0040$) met en évidence une différence significative entre les moyennes des deux groupes, indiquant que les enfants francophones de notre échantillon semblent moins impactés par leurs réactions face au bégaiement que les enfants anglophones de l'échantillon de référence.
- La comparaison de la moyenne de la section III, évaluant les difficultés communicationnelles vécues au quotidien par l'EQB, avec la valeur standard 2.08 ($t_{2.08} = -2.92, p = .0051$) met en évidence une différence significative entre les moyennes des deux groupes. Cela signifie que les enfants francophones de notre échantillon semblent rencontrer moins de difficultés que les enfants anglophones de l'échantillon de référence, dans leur communication au quotidien.
- La comparaison de la moyenne de la section IV, évaluant l'impact du bégaiement sur la QDV de l'EQB, avec la valeur standard 1.72 ($t_{1.72} = -0.88, p = .38$) indique qu'il n'existe aucune différence statistiquement significative entre les moyennes des enfants francophones et anglophones. Cela signifie que l'impact du bégaiement sur la QDV des enfants francophones de notre échantillon est similaire à celui des enfants anglophones de l'échantillon de référence.
- La comparaison de la moyenne du score d'impact total, évaluant l'impact global du bégaiement sur l'EQB, avec la valeur standard 2.25 ($t_{2.25} = -1.87, p = .067$) indique une

absence de différence significative entre les deux groupes. Cela signifie que, malgré les différences observées au niveau des sous-sections, l'impact global du bégaiement est identique entre les deux groupes.

2.2 Analyses des propriétés psychométriques de la version francophone de l'OASES-S

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

L'objectif de l'analyse de la consistance interne est de s'assurer que l'échelle mesure bien un seul et même concept, c'est-à-dire que les scores obtenus aux différents items d'une même section soient bien corrélés entre eux. La consistance interne de chaque section de l'OASES-S a été évaluée à l'aide d'alphas de Cronbach. Ces résultats sont comparés à ceux obtenus lors de la validation d'autres versions de l'OASES-S (tableau 3). Pour rappel, un alpha de Cronbach compris entre .70 et .80 indique une consistance interne acceptable. Une valeur située entre .80 et .90 traduit une bonne consistance interne, tandis qu'un alpha supérieur à .90 témoigne d'une excellente consistance interne (Yun et al., 2023).

Tableau 4. Alphas de Cronbach des sections et du score d'impact total des versions francophone (données de ce mémoire) (FR), anglophone (AN), néerlandophone (D), lusophone (PT), suédoophone (SD) et polonophone (PL) de l'OASES-S

OASES-S (nombre d'items)	FR (N = 54)	AN ^a (N = 75)	D ^b (N = 101)	PT ^c (N = 50)	SD ^d (N = 32)	PL ^e (N = 55)
Section I (15)	.72	.67	.54	.84	.29	.79
Section II (20)	.82	.91	.86	.93	.87	.92
Section III (15)	.84	.94	.90	.88	.89	.94
Section IV (10)	.80	.82	.82	.88	.84	.90
Total (60)	.91	.95	.92	.96	.89	.96

Note. ^aYaruss & Quesal (2016) ; ^bLankman et al. (2015) ; ^cRocha et al. (2021) ; ^dLindström et al. (2020) ; ^eWersierska et al. (2023)

En examinant les données, il apparaît que les sections II, III et IV présentent une bonne consistance interne, la section I, une consistance interne jugée acceptable, et le score d'impact total présente, quant à lui, une excellente consistance interne.

2.2.2 Analyse de la fidélité test-retest de la version francophone de l’OASES-S

Afin d’évaluer la fidélité test-retest de l’OASES-S, des corrélations de Spearman (étant donné le non-respect de la normalité des distributions des données) ont été réalisées entre les scores obtenus aux deux passations pour chaque section, ainsi que pour le score d’impact total (tableau 4). Il est attendu que les scores obtenus pour chaque participant soient similaires lors des deux passations, réalisées à un intervalle de 10 à 14 jours. Pour rappel, le coefficient de corrélation de Spearman r_s doit être égal ou supérieur à 0.70, afin que la fidélité test-retest soit considérée comme bonne (Perales et al., 2013), indiquant ainsi une bonne stabilité dans le temps.

Tableau 5. Moyennes (M) et écarts-types (ET) des scores obtenus à la première et à la deuxième passation de l’OASES-S et corrélations de Spearman

Sections	1 ^{ère} passation	2 ^{ème} passation	Fidélité test-retest
	M (ET)	M (ET)	($N = 26$)
Section I	2.81 (0.48)	2.75 (0.52)	$r_S = .66^{***} (p = .0002)$
Section II	2.13 (0.56)	1.90 (0.55)	$r_S = .86^{***} (p < .0001)$
Section III	1.79 (0.56)	1.78 (0.57)	$r_S = .87^{***} (p < .0001)$
Section IV	1.70 (0.64)	1.57 (0.49)	$r_S = .70^{***} (p < .0001)$
Total	2.14 (0.46)	2.04 (0.47)	$r_S = .91^{***} (p < .0001)$

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

Les corrélations de Spearman obtenues entre les moyennes de la première et de la seconde passation sont toutes statistiquement significatives. Les corrélations des sections II, III et IV et du score d’impact total sont considérées comme bonnes, tandis que celle de la section I ne l’est pas, la valeur du r_s étant inférieure à .70 (Perales et al., 2013). Une seconde analyse a été réalisée afin d’évaluer si l’allongement du délai entre les deux passations engendrait, comme attendu, une diminution de la fidélité test-retest. Pour ce faire, l’ensemble des données, y compris celles ne respectant pas le délai initialement prévu a été pris en compte ($N = 49$). Les résultats obtenus conduisent à des conclusions légèrement différentes, puisque la corrélation obtenue pour la section 1 ($r_S = .71, p < .0001$) est, dès lors, bonne. Autrement dit, avec un délai plus long, toutes les corrélations sont significatives et bonnes. Le détail de cette seconde analyse est présenté dans l’annexe E (tableau 14).

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

La validité concourante évalue si deux échelles mesurant le même concept sont significativement corrélées (Charlson et al., 2022). Elle permet donc de vérifier qu'un outil évalue bien ce qu'il est censé mesurer (Monseur, 2019). Elle a été évaluée à l'aide de corrélations de Spearman (étant donné le non-respect de la normalité des distributions des données) entre certaines sections de l'OASES-S et les scores obtenus par les EQB à d'autres questionnaires validés et standardisés, mesurant les mêmes concepts. L'interprétation du coefficient de corrélation de Spearman repose sur différents seuils. Plus précisément, un coefficient de corrélation de Spearman r_s compris entre .00 et .30 indique une absence de corrélation ; entre .30 et .50, une corrélation faible ; entre .50 et .70, une corrélation modérée ; entre .70 et .90, une corrélation forte ; entre .90 et 1.0, une très forte corrélation et 1.0 correspond à une corrélation parfaite (Altman, 1990, cité par Bingol et al., 2022).

2.2.3.1 Communication quotidienne

Pour rappel, l'instrument utilisé pour évaluer l'anxiété sociale chez les enfants est l'échelle « Liebowitz Social Anxiety Scale Children and Adolescents » (LSAS-CA). Ainsi, pour évaluer dans quelle mesure la section III de l'OASES-S reflète les difficultés des enfants liées à leur communication dans la vie quotidienne, une corrélation de Spearman a été effectuée entre le score de cette section et le score total de la LSAS-CA ($N = 54$). Le résultat indique une corrélation significative et forte ($r_s = .73, p < .0001$), suggérant un lien entre les difficultés de communication auto-rapportées et le niveau d'anxiété sociale. Une analyse plus approfondie met en évidence une corrélation significative et forte entre le score de la section III de l'OASES-S et celui de la sous-échelle « anxiété » de la LSAS-CA ($r_s = .75, p < .0001$). Par ailleurs, une corrélation significative et modérée a été observée entre le score de cette même section et celui de la sous-échelle « évitement » de la LSAS-CA ($r_s = .64, p < .0001$).

2.2.3.2 Qualité de vie

Pour rappel, l'instrument utilisé pour mesurer la QDV de manière générale est le questionnaire « The Pediatric Quality of Life Inventory » (PedsQL). Ainsi, pour évaluer dans quelle mesure la section IV et le score d'impact total de l'OASES-S évaluent bien l'impact du bégaiement sur la QDV, des corrélations de Spearman ont été réalisées entre ces deux scores et le score total du PedsQL ($N = 39$). Nous observons deux corrélations significatives et modérées entre le score total du PedsQL et d'une part, la section IV de l'OASES-S ($r_s = -.51, p = .0008$) et d'autre part, le score d'impact total de l'OASES-S ($r_s = -.52, p = .0008$). Les corrélations négatives

s'expliquent par la structure opposée des deux échelles. En effet, un score élevé au PedsQL indique une meilleure QDV, tandis qu'un score élevé à l'OASES-S indique un impact plus important du bégaiement sur cette dernière.

2.2.4 Analyses des hypothèses exploratoires de la version francophone de l'OASES-S

2.2.4.1 Lien entre la qualité de vie et la sévérité du bégaiement chez les enfants qui bégaiennent

Nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle la QDV, évaluée par l'OASES-S, ne serait pas corrélée avec la sévérité du bégaiement, telle qu'objectivée par le SSI-4, mais bien avec l'échelle de sévérité du bégaiement Lidcombe.

Pour tester l'hypothèse relative au SSI-4, nous avons effectué des corrélations de Spearman entre le score de sévérité obtenu au SSI-4 ($N = 36$) et d'une part, le score d'impact total, et d'autre part, les différentes sections de l'OASES-S. Ensuite, pour examiner l'hypothèse relative à l'échelle Lidcombe, nous avons également réalisé des corrélations de Spearman entre les scores attribués par l'enfant lors de la discussion ($N = 51$) et de manière générale ($N = 52$), par le parent de manière générale ($N = 45$) et par le logopède lors de la discussion ($N = 37$), et le score d'impact total de l'OASES-S. Le détail des résultats est présenté dans l'annexe E (tableau 15).

Les résultats révèlent que seule la corrélation entre l'auto-évaluation de l'enfant, quant à la sévérité de son bégaiement de manière générale, et le score d'impact total de l'OASES-S ($r_S = .33, p = .018$) est significative. Le lien entre ces deux variables est considéré comme faible.

2.2.4.2 Lien entre le vécu parental et la qualité de vie des enfants qui bégaiendent

Nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle le vécu parental serait corrélé avec la QDV des EQB. Afin de vérifier cette hypothèse, différentes corrélations de Spearman ont été réalisées avec le PPRS ($N = 53$). Tout d'abord, une corrélation a été calculée entre la section II de l'OASES-S, évaluant les réactions de l'enfant face à son bégaiement, et la section 1 du PPRS, évaluant l'impact du bégaiement sur l'enfant. Toutes deux évaluent les réactions émotionnelles de l'enfant face au bégaiement. Ensuite, une corrélation a été effectuée entre la section III de l'OASES-S, évaluant la communication quotidienne, et la section 2 du PPRS, évaluant la sévérité du bégaiement et les préoccupations des parents. Toutes deux abordent les difficultés ressenties par l'enfant. Enfin, une corrélation a été calculée entre la section IV de l'OASES-S, évaluant l'impact du bégaiement sur la QDV de l'enfant et la section 3 du PPRS, évaluant les connaissances des parents et leur confiance quant à leur gestion du bégaiement. En effet, ces

deux sections sont centrées sur la satisfaction de l'enfant par rapport à la communication et à la gestion du bégaiement. Aucune corrélation n'a été réalisée avec la section I de l'OASES-S, puisqu'elle porte spécifiquement sur les connaissances de l'enfant à propos du bégaiement et ne présente pas de lien direct avec les sections du PPRS.

Parmi les trois corrélations calculées, seule la corrélation entre la section II de l'OASES-S et la section 1 du PPRS s'avère statistiquement significative ($r_S = -.52, p < .0001$). Cette corrélation est qualifiée de modérée, ce qui signifie qu'il existe un lien modéré entre le ressenti parental quant à l'impact du bégaiement sur l'enfant et les réactions de l'enfant face à son bégaiement. Notons que deux des trois corrélations obtenues sont négatives, ce qui était attendu, puisque des scores plus élevés au PPRS traduisent un impact moins important du bégaiement sur la perception et le vécu des parents. À l'inverse, un score élevé à l'OASES-S indique un impact plus important du bégaiement sur l'EQB. Le détail des résultats est présenté dans l'annexe E (tableau 16).

3. OASES-T

3.1 Analyses descriptives de la version francophone de l'OASES-T

Les moyennes et écarts-types des scores d'impact de chaque section et du score d'impact total de l'OASES-T ont été calculés sur base de la première passation de la version francophone de l'OASES-T. Ces analyses ont été réalisées sur base des données des 27 adolescents ayant participé à l'étude. Ces indices de tendance centrale sont comparés aux données issues d'autres versions précédemment validées de l'OASES-T (tableau 6).

Pour rappel, l'interprétation des scores d'impact de l'OASES repose sur les seuils suivants : un score compris entre 1.00 et 1.49 est considéré comme un taux d'impact léger ; entre 1.50 et 2.24, comme léger à modéré ; entre 2.25 et 2.99, comme modéré ; entre 3.00 et 3.74, comme modéré à sévère ; et entre 3.75 et 5.00, comme sévère.

Tableau 6. Moyennes (M) et écarts-types (ET) des scores obtenus aux versions francophone (données de ce mémoire) (FR), anglophone (AN), suédoophone (SD) et polonophone (PL) de l’OASES-T

OASES-T	FR	AN ^a	SD ^b	PL ^c
	(N = 27)	(N = 45)	(N = 27)	(N = 41)
	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)
Section I	2.85 (0.50)	2.68 (0.62)	2.90 (0.46)	2.74 (0.54)
Section II	2.71 (0.62)	2.55 (0.82)	2.70 (0.68)	2.53 (0.72)
Section III	2.48 (0.61)	2.31 (0.73)	2.60 (0.70)	2.20 (0.70)
Section IV	2.21 (0.75)	1.93 (0.82)	2.20 (0.75)	2.09 (0.78)
Total	2.55 (0.58)	2.36 (0.66)	2.60 (0.58)	2.37 (0.61)

Note. ^aYaruss & Quesal (2016) ; ^bLindström et al. (2020) ; ^cWesierska et al. (2023)

Les moyennes obtenues pour l’ensemble des sections et le score d’impact total, à l’exception de celle de la section IV, correspondent à un taux d’impact « modéré ». Celle de la section IV indique, quant à elle, un taux d’impact « léger à modéré ». Les taux d’impact recueillis dans notre échantillon sont identiques à ceux rapportés dans la version de référence anglophone.

Ensuite, des comparaisons de moyennes à un standard ont été réalisées entre d’une part, les moyennes obtenues pour chaque section et le score d’impact total de la version francophone de l’OASES-T et d’autre part, les moyennes de référence issues de la version anglophone précédemment validée (Yaruss & Quesal, 2016). Les comparaisons permettent de déterminer si les moyennes observées au sein de notre échantillon ($N = 27$) diffèrent significativement de celles de référence.

- La comparaison de la moyenne de la section I, évaluant les informations générales que l’adolescent possède à propos du bégaiement, avec la valeur standard 2.68 ($t_{2.68} = 1.80$, $p = .084$) indique qu’il n’existe aucune différence statistiquement significative entre les deux groupes. Cela suggère que les adolescents francophones, de notre échantillon, et les adolescents anglophones, de l’échantillon de référence, possèdent des connaissances similaires quant au bégaiement.

- La comparaison de la moyenne de la section II, évaluant les réactions de l'adolescent face à son bégaiement, avec la valeur standard 2.55 ($t_{2.55} = 1.32, p = .20$) ne met aucune différence significative en évidence entre les moyennes des deux groupes. Cela signifie que la manière dont les adolescents francophones de notre échantillon réagissent face à leur bégaiement est identique à celle des adolescents anglophones de l'échantillon de référence.
- La comparaison de la moyenne de la section III, évaluant les difficultés communicationnelles vécues au quotidien par l'adolescent, avec la valeur standard 2.31 ($t_{2.31} = 1.45, p = .16$) indique qu'il n'existe aucune différence statistiquement significative entre les moyennes des adolescents anglophones et francophones. Cela signifie que les adolescents francophones de notre échantillon semblent rencontrer autant de difficultés dans leur communication au quotidien que les adolescents anglophones de l'échantillon de référence.
- La comparaison de la moyenne de la section IV, évaluant l'impact du bégaiement sur la QDV de l'adolescent, avec la valeur standard 1.93 ($t_{1.93} = 1.94, p = .063$) montre qu'il n'existe aucune différence statistiquement significative entre les moyennes des adolescents francophones et anglophones. Cela signifie que l'impact du bégaiement sur la QDV des adolescents francophones de notre échantillon est similaire à celui observé chez les adolescents anglophones de l'échantillon de référence.
- La comparaison de la moyenne du score d'impact total, évaluant l'impact global du bégaiement sur l'adolescent, avec la valeur standard 2.36 ($t_{2.36} = 1.73, p = .095$) indique une absence de différence statistiquement significative entre les moyennes des adolescents francophones et anglophones. Les adolescents francophones de notre échantillon semblent donc impactés par leur bégaiement de manière similaire aux adolescents anglophones.

3.2 Analyses des propriétés psychométriques de la version francophone de l'OASES-T

3.2.1 Analyse de la consistance interne de la version francophone de l'OASES-T

L'objectif de l'analyse de la consistance interne est de s'assurer que l'échelle mesure bien un seul et même concept, c'est-à-dire que les scores obtenus aux différents items d'une même section soient bien corrélés entre eux. La consistance interne de chaque section de l'OASES-T a été évaluée à l'aide d'alphas de Cronbach. Ces résultats sont comparés à ceux obtenus lors de

la validation d'autres versions de l'OASES-T (tableau 7). Pour rappel, un alpha de Cronbach compris entre .70 et .80 indique une consistance interne acceptable. Une valeur située entre .80 et .90 traduit une bonne consistance interne, tandis qu'un alpha supérieur à .90 témoigne d'une excellente consistance interne (Yun et al., 2023).

Tableau 7. Alphas de Cronbach des sections et du score d'impact total des versions francophone (données de ce mémoire) (FR), anglophone (AN), suédophone (SD) et polonophone (PL) de l'OASES-T

OASES-T (Nombre d'items)	FR (N = 27)	AN ^a (N = 45)	SD ^b (N = 27)	PL ^c (N = 41)
Section I (15)	.72	.88	.54	.82
Section II (25)	.88	.96	.93	.93
Section III (20)	.87	.97	.93	.94
Section IV (20)	.94	.97	.94	.95
Total (80)	.97	.98	.97	.97

Note. ^aYaruss & Quesal (2016) ; ^bLindström et al. (2020) ; ^cWesierska et al. (2023)

En examinant les données, il apparaît que la section I présente une consistance interne acceptable, les sections II et III, une bonne consistance interne, tandis que la section IV et le score d'impact total affichent une excellente consistance interne.

3.2.2 Analyse de la fidélité test-retest de la version francophone de l'OASES-T

Afin d'évaluer la fidélité test-retest de l'OASES-T, des corrélations de Spearman (étant donné le non-respect de la normalité des distributions des données) ont été réalisées entre les scores obtenus aux deux passations de l'OASES-T pour chaque section, ainsi que pour le score d'impact total (tableau 8). Il est attendu que les scores obtenus pour chaque participant soient similaires lors des deux passations, réalisées à un intervalle de 10 à 14 jours. Pour rappel, le coefficient de corrélation de Spearman r_s doit être égal ou supérieur à 0.70, afin que la fidélité test-retest soit considérée comme bonne (Perales et al., 2013), indiquant ainsi une bonne stabilité dans le temps.

Tableau 8. Moyennes (M) et écarts-types (ET) des scores obtenus à la première et à la deuxième passation de l’OASES-T et corrélations de Spearman

Sections	1 ^{ère} passation	2 ^{ème} passation	Fidélité test-retest
	M (ET)	M (ET)	(N = 15)
Section I	2.73 (0.56)	2.61 (0.58)	$r_S = .91*** (p < .0001)$
Section II	2.65 (0.70)	2.58 (0.66)	$r_S = .86*** (p < .0001)$
Section III	2.46 (0.61)	2.31 (0.60)	$r_S = .91*** (p < .0001)$
Section IV	2.09 (0.72)	2.02 (0.77)	$r_S = .87*** (p < .0001)$
Total	2.48 (0.62)	2.38 (0.61)	$r_S = .87*** (p < .0001)$

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

D'après les résultats, toutes les corrélations sont significatives et bonnes, puisque tous les coefficients de Spearman sont supérieurs à .70 (Perales et al., 2013). Une seconde analyse a été réalisée afin d'évaluer si l'allongement du délai entre les deux passations engendrait, comme attendu, une diminution de la fidélité test-retest. Pour ce faire, toutes les données, y compris celles ne respectant pas le délai initialement prévu, ont été prises en compte ($N = 21$). Les résultats de cette seconde analyse ont mené aux mêmes conclusions. Ceux-ci sont détaillés dans l'annexe E (tableau 17).

3.2.3 Analyse de la validité concourante de la version francophone de l’OASES-T

Lorsque les données étaient normalement distribuées, la validité concourante a été évaluée à l'aide de corrélations de Pearson. Celles-ci ont été calculées entre d'une part, les résultats obtenus à certaines sections et au score total de l'OASES-T et d'autre part, les scores obtenus par les adolescents à d'autres questionnaires précédemment validés et standardisés, mesurant les mêmes concepts. Un coefficient de corrélation de Pearson r compris entre .00 et .10 indique une corrélation négligeable ; entre .10 et .39, une corrélation faible ; entre .40 et .69, une corrélation modérée ; entre .70 et .89, une corrélation forte ; enfin, des valeurs comprises entre .90 et 1.00 révèlent une corrélation très forte (Schober et al., 2018).

Lorsque les données n'étaient pas normalement distribuées, la validité concourante a alors été évaluée par le biais de corrélations de Spearman entre d'une part, les résultats obtenus à certaines sections et au score d'impact total de l'OASES-T et d'autre part, les scores obtenus

par les adolescents à d'autres questionnaires précédemment validés et standardisés, mesurant les mêmes concepts. L'interprétation des corrélations de Spearman repose sur des seuils différents. Pour rappel, un coefficient de corrélation de Spearman r_s compris entre .00 et .30 indique une absence de corrélation ; entre .30 et .50, une corrélation faible ; entre .50 et .70, une corrélation modérée ; entre .70 et .90, une corrélation forte ; entre .90 et 1.0, une très forte corrélation et 1.0 correspond à une corrélation parfaite (Altman, 1990, cité par Bingol et al., 2022).

3.2.3.1 Réactions face au bégaiement

Pour rappel, l'instrument évaluant les pensées et les croyances liées au bégaiement, ainsi que les réactions comportementales rencontrées chez les adolescents, est la « Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering Scales » (UTBAS-6). Ainsi, pour évaluer dans quelle mesure la section II de l'OASES-T, évaluant les réactions face au bégaiement, est corrélée avec cette échelle, une corrélation de Spearman a été effectuée entre le score de cette section et le score total de l'UTBAS-6 ($N = 25$). La corrélation entre ces deux variables est significative et modérée ($r_s = .52, p = .0071$).

3.2.3.2 Communication quotidienne

Pour rappel, l'instrument évaluant l'anxiété sociale chez les adolescents est l'échelle « Liebowitz Social Anxiety Scale Children and Adolescents » (LSAS-CA). Pour évaluer dans quelle mesure la section III de l'OASES-T reflète les difficultés des adolescents liées à leur communication dans la vie quotidienne, une corrélation de Pearson a été effectuée entre le score de cette section et le score total de la LSAS-CA ($N = 26$). Le résultat indique une corrélation significative et forte entre ces deux variables ($r = .83, p < .0001$), suggérant un lien fort entre les difficultés de communication auto-rapportées et le niveau d'anxiété sociale. En affinant l'analyse, des corrélations significatives et fortes ont été observées entre le score de la section III de l'OASES-T et d'une part, celui de la sous-échelle « anxiété » de la LSAS-CA ($r = .81, p < .0001$) et d'autre part, celui de la sous-échelle « évitement » ($r = .82, p < .0001$).

3.2.3.3 Qualité de vie

L'instrument mesurant la QDV de manière générale chez les adolescents est le questionnaire « The Pediatric Quality of Life Inventory » (PedsQL). Celui mesurant la satisfaction de vie est l'« Échelle de Satisfaction de Vie » (ESV). Ainsi, pour évaluer dans quelle mesure la section IV et le score d'impact total de l'OASES-T évaluent bien l'impact du bégaiement sur la QDV, des corrélations de Spearman ont été réalisées entre ces deux scores et le score total du PedsQL,

tandis que des corrélations de Pearson ont été effectuées entre ces deux scores et celui de l'ESV ($N = 22$).

Tout au long de la récolte des données, deux versions du PedsQL, variant par leur longueur, ont été utilisées. La version courte, dite « Short Form » comprend 15 items, tandis que la version longue comporte 23 items.

Les analyses statistiques révèlent que l'ensemble des corrélations de Spearman réalisées entre les scores des PedsQL et de l'OASES-T sont non significatives et négatives. En revanche, la corrélation de Pearson entre la section IV de l'OASES-T et le score total de l'ESV est significative et modérée ($r = -.45, p = .036$), tout comme celle entre le score d'impact total de l'OASES-T et le score total de l'ESV ($r = -.44, p = .041$).

Ces différents résultats permettent uniquement d'établir la validité concourante entre la section IV et le score d'impact total de l'OASES-T et la mesure de satisfaction de vie, évaluée via l'ESV.

À nouveau, l'obtention de corrélations négatives est attendue, puisqu'un score élevé au PedsQL et à l'ESV reflète une meilleure QDV, tandis qu'un score élevé à l'OASES-T indique un impact plus important du bégaiement sur la QDV.

3.2.4 Analyses des hypothèses exploratoires de la version francophone de l'OASES-T

3.2.4.1 Lien entre la qualité de vie et la sévérité du bégaiement chez les adolescents qui bégaiencent

Nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle la QDV, évaluée par l'OASES-T ne serait pas corrélée avec la sévérité du bégaiement, telle qu'objectivée par le SSI-4. En revanche, le score d'impact total de l'OASES-T serait corrélé avec la sévérité auto-déclarée du bégaiement par l'adolescent, mais pas avec celle attribuée par le logopède, à l'aide de l'échelle Camperdown.

Pour tester l'hypothèse relative au SSI-4, nous avons effectué des corrélations de Pearson entre le score de sévérité obtenu au SSI-4 ($N = 20$) et d'une part, le score total de l'OASES-T et d'autre part, les scores de chaque section de l'OASES-T. Ensuite, pour examiner l'hypothèse relative à l'échelle Camperdown, nous avons réalisé des corrélations de Spearman entre d'une part, les scores attribués par l'adolescent lors de la discussion ($N = 18$) et de manière générale ($N = 24$), par le parent de manière générale ($N = 21$) et par le logopède lors de la discussion ($N = 21$) et d'autre part, le score total de l'OASES-T. Les données détaillées sont disponibles dans l'annexe E (tableau 18).

L'analyse des résultats révèle que seule la corrélation entre l'auto-évaluation de l'adolescent, quant à la sévérité de son bégaiement de manière générale, mesurée par l'échelle Camperdown, et le score d'impact total de l'OASES-T ($r_S = .45$, $p = .029$) est significative. Le lien entre ces deux variables est considéré comme faible.

3.2.4.2 Lien entre d'une part, l'effort dédié à la fluidité de la parole, la satisfaction liée à la parole et à la communication et d'autre part, la qualité de vie chez les adolescents qui bégaient

Afin d'évaluer les relations entre d'une part, la QDV et l'effort dédié à la fluidité de la parole et d'autre part, la QDV et la satisfaction liée à la parole (SA scale), ainsi que celle entre la QDV et la satisfaction liée à la communication (SCCESS scale), différentes corrélations de Pearson ont été réalisées. Les corrélations ont été calculées entre d'une part, les scores obtenus aux différentes sections et au score d'impact total de l'OASES-T et d'autre part, les scores obtenus au questionnaire d'effort dédié à la fluidité de la parole, à la SA scale et à la SCESS scale (tableau 9).

Tableau 9. Corrélations de Pearson entre le questionnaire d'effort dédié à la fluidité de la parole, la SA scale et la SCESS scale et les différentes sections de l'OASES-T, ainsi que son score d'impact total

OASES-T	Section I	Section II	Section III	Section IV	Total
Effort dédié à la fluidité ($N = 25$)	$r = .16$ $p = .43$	$r = .47^*$ $p = .018$	$r = .53^{**}$ $p = .0062$	$r = .55^{**}$ $p = .0047$	$r = .50^*$ $p = .011$
SA scale ($N = 24$)	$r = -.35$ $p = .094$	$r = -.61^{**}$ $p = .0017$	$r = -.60^{**}$ $p = .0021$	$r = -.66^{***}$ $p = .0004$	$r = -.62^{**}$ $p = .0013$
SCCESS scale ($N = 25$)	$r = .37$ $p = .070$	$r = .54^{**}$ $p = .0056$	$r = .55^{**}$ $p = .0048$	$r = .59^{**}$ $p = .0017$	$r = .56^{**}$ $p = .0034$

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

Concernant l'effort dédié à la fluidité de la parole, des corrélations significatives et modérées sont observées avec les sections II, III, IV et le score d'impact total de l'OASES-T. En revanche, une corrélation non significative a été relevée avec la section I.

Concernant la satisfaction liée à la parole (SA scale), des corrélations significatives et modérées sont observées avec les sections II, III et IV et le score d'impact total de l'OASES-T. La corrélation avec la section I est, quant à elle, non significative.

Concernant la satisfaction liée à la communication (SCCESS scale), des corrélations significatives et modérées sont observées avec toutes les sections et le score d'impact total de l'OASES-T, à l'exception de la section I, où la corrélation apparaît non significative.

3.2.4.3 Lien entre le vécu parental et la qualité de vie des adolescents qui bégaient

Nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle le vécu parental serait corrélé avec la QDV des adolescents qui bégaient. Afin de vérifier cette hypothèse, différentes corrélations de Pearson ont été réalisées avec le PPRS ($N = 21$). Tout d'abord, une corrélation a été calculée entre la section II de l'OASES-T, évaluant les réactions de l'adolescent face à son bégaiement, et la section 1 du PPRS, évaluant l'impact du bégaiement sur l'adolescent. Toutes deux évaluent les réactions émotionnelles de l'adolescent face au bégaiement. Ensuite, une corrélation a été effectuée entre la section III de l'OASES-T, évaluant la communication quotidienne, et la section 2 du PPRS, évaluant la sévérité du bégaiement et les préoccupations des parents. Toutes deux abordent les difficultés ressenties par l'adolescent. Enfin, une corrélation a été calculée entre la section IV de l'OASES-T, évaluant la QDV, et la section 3 du PPRS, évaluant les connaissances des parents et leur confiance quant à leur gestion du bégaiement. En effet, ces deux sections sont centrées sur la satisfaction de l'adolescent par rapport à la communication et à la gestion du bégaiement. Aucune corrélation n'a été réalisée avec la section I de l'OASES-T, « Informations générales », cette dernière portant spécifiquement sur les connaissances de l'adolescent à propos du bégaiement, et ne présentant pas de lien direct avec les sections du PPRS.

L'analyse des résultats révèle que seule la corrélation entre la section II de l'OASES-T et la section 1 du PPRS est significative et modérée ($r = -.61, p = .0030$). Les trois corrélations obtenues sont négatives. Cela était attendu, étant donné que des scores plus élevés au PPRS reflètent un impact moins important du bégaiement sur la perception et le vécu des parents, tandis qu'un score élevé à l'OASES-T indique un impact plus important sur la vie de l'adolescent. Le détail des résultats est disponible dans l'annexe E (tableau 19).

4. OASES-A

4.1 Analyses descriptives de la version francophone de l’OASES-A

Les moyennes et écarts-types des scores d’impact de chaque section, ainsi que le score d’impact total de l’OASES-A ont été calculés sur base de la première passation de la version francophone de l’OASES-A. Ces analyses ont été réalisées sur base des données des 66 adultes ayant participé à l’étude. Ces indices de tendance centrale sont comparés aux données issues d’autres versions précédemment validées de l’OASES-A (tableau 10).

Pour rappel, l’interprétation des scores d’impact de l’OASES repose sur les seuils suivants : un score compris entre 1.00 et 1.49 est considéré comme un taux d’impact léger ; entre 1.50 et 2.24, comme léger à modéré ; entre 2.25 et 2.99, comme modéré ; entre 3.00 et 3.74, comme modéré à sévère ; et entre 3.75 et 5.00, comme sévère.

Tableau 10. Moyennes (M) et écarts-types (ET) des scores obtenus aux versions francophone (données de ce mémoire) (FR), anglophone (AN), anglophone australienne (australien), japonophone (J) et néerlandophone (D) de l’OASES-A

OASES-A	FR (N = 66)	AN ^a (N = 173)	australien ^b (N = 200)	J ^c (N = 200)	D ^d (N = 138)
	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)
Section I	2.85 (0.56)	2.67 (0.69)	2.60 (0.61)	2.86 (0.56)	2.84 (0.52)
Section II	2.82 (0.68)	2.75 (0.81)	2.91 (0.72)	2.97 (0.68)	2.61 (0.63)
Section III	2.44 (0.63)	2.66 (0.77)	2.58 (0.69)	2.57 (0.72)	2.32 (0.59)
Section IV	2.51 (0.71)	2.37 (0.87)	2.49 (0.89)	2.74 (0.81)	2.00 (0.66)
Total	2.65 (0.54)	2.60 (0.73)	2.66 (0.65)	2.79 (0.63)	2.44 (0.52)

Note. ^aYaruss & Quesal (2016) ; ^bBlumgart et al. (2012) ; ^cSakai et al. (2017) ; ^dKoedoot et al. (2011)

Les résultats mettent en évidence que toutes les sections et le score d'impact total de la version francophone de l'OASES-A présentent un taux d'impact « modéré », ce qui concorde avec les résultats observés dans la version anglophone.

Ensuite, des comparaisons de moyennes à un standard ont été réalisées entre d'une part, les moyennes obtenues pour chaque section et le score d'impact total de la version francophone de l'OASES-A et d'autre part, les moyennes de référence issues de la version anglophone précédemment validée (Yaruss & Quesal, 2016). Les comparaisons permettent de déterminer si les moyennes observées au sein de notre échantillon ($N = 66$) diffèrent significativement de celles de références.

- La comparaison de la moyenne de la section I, évaluant les informations générales que l'adulte possède à propos du bégaiement, avec la valeur standard 2.67 ($t_{2.67} = 2.55$, $p = .013$) indique une différence significative entre les deux groupes. Cela suggère que les connaissances générales concernant le bégaiement sont significativement moins importantes dans notre échantillon que dans celui de référence.
- La comparaison de la moyenne de la section II, évaluant les réactions que l'AQB a face à son bégaiement, avec la valeur standard 2.75 ($t_{2.75} = 0.78$, $p = .44$) ne met aucune différence statistiquement significative en évidence entre les moyennes des adultes francophones et anglophones. Cela signifie que la manière dont les adultes francophones de notre échantillon réagissent face à leur bégaiement est semblable à celle des adultes anglophones de l'échantillon de référence.
- La comparaison de la moyenne de la section III, évaluant les difficultés communicationnelles vécues au quotidien par l'AQB, avec la valeur standard 2.66 ($t_{2.66} = -2.79$, $p = .0069$) indique une différence significative entre les deux groupes. Cela signifie que les adultes francophones de notre échantillon semblent rencontrer moins de difficultés que les adultes anglophones de l'échantillon de référence, dans leur communication au quotidien.
- La comparaison de la moyenne de la section IV, évaluant l'impact du bégaiement sur la QDV, avec la valeur standard 2.37 ($t_{2.37} = 1.59$, $p = .12$) met en évidence qu'il n'existe aucune différence statistiquement significative entre les moyennes des adultes francophones et anglophones. Cela signifie que l'impact du bégaiement sur la QDV des adultes francophones de notre échantillon est similaire à celui observé chez les adultes anglophones de l'échantillon de référence.

- La comparaison de la moyenne du score d'impact total, évaluant l'impact global du bégaiement sur l'AQB, avec la valeur standard 2.60 ($t_{2.60} = 0.69, p = .49$) indique qu'il n'existe aucune différence statistiquement significative entre les moyennes des adultes francophones et anglophones. Les adultes francophones de notre échantillon semblent donc impactés de manière similaire par leur bégaiement que les adultes anglophones de l'échantillon de référence.

4.2 Analyses des propriétés psychométriques de la version francophone de l'OASES-A

4.2.1 Analyse de la consistance interne de la version francophone de l'OASES-A

L'objectif de l'analyse de la consistance interne est de s'assurer que l'échelle mesure bien un seul et même concept, c'est-à-dire que les scores obtenus aux différents items d'une même section soient bien corrélés entre eux. La consistance interne de chaque section de l'OASES-A a été évaluée à l'aide d'alphas de Cronbach. Ces résultats sont comparés à ceux obtenus lors de la validation d'autres versions de l'OASES-A (tableau 11). Pour rappel, un alpha de Cronbach compris entre .70 et .80 indique une consistance interne acceptable. Une valeur située entre .80 et .90 traduit une bonne consistance interne, tandis qu'un alpha supérieur à .90 témoigne d'une excellente consistance interne (Yun et al., 2023).

Tableau 11. Alphas de Cronbach des sections et du score d'impact total des versions francophone (données de ce mémoire), anglophone (AN), japonophone (J), néerlandophone (D), hébréophone de l'OASES-A

OASES-A	FR (<i>N</i> = 66)	AN ^a (<i>N</i> = 173)	J ^b (<i>N</i> = 200)	D ^c (<i>N</i> = 138)	hébréophone ^d (<i>N</i> = 91)
Nb d'items					
Section I (20)	.83	.94	.80	.84	.89
Section II (30)	.93	.97	.94	.93	.94
Section III (25)	.90	.96	.96	.94	.96
Section IV (25)	.94	.98	.98	.96	.97
Total (100)	.92	.99	.98	.	.

Note. ^aYaruss & Quesal (2016) ; ^bSakai et al. (2017) ; ^cKoedoot et al. (2011) ; ^dFreud et al. (2017)

En examinant les résultats, il apparaît que les sections I et III présentent une bonne consistance interne, tandis que les sections II, IV et le score d'impact total affichent une excellente consistance interne.

4.2.2 Analyse de la fidélité test-retest de la version francophone de l'OASES-A

Afin d'évaluer la fidélité test-retest de l'OASES-A, des corrélations de Spearman (étant donné le non-respect de la normalité des distributions des données) ont été réalisées entre les scores obtenus aux deux passations de l'OASES-A pour chaque section, ainsi que pour le score d'impact total (tableau 12). Il est attendu que les scores obtenus pour chaque participant soient similaires lors des deux passations, réalisées à un intervalle de 10 à 14 jours. Pour rappel, le coefficient de corrélation de Spearman r_s doit être égal ou supérieur à 0.70, afin que la fidélité test-retest soit considérée comme bonne (Perales et al., 2013), indiquant ainsi une bonne stabilité dans le temps.

Tableau 12. Moyennes (M) et écarts-types (ET) des scores obtenus à la première et à la deuxième passation de l'OASES-A et corrélations de Spearman

Sections	1 ^{ère} passation	2 ^{ème} passation	Fidélité test-retest
	M (ET)	M (ET)	(N = 49)
Section I	2.89 (0.58)	2.86 (0.56)	$r_s = .85^{***} (p < .0001)$
Section II	2.93 (0.69)	2.89 (0.75)	$r_s = .79^{***} (p < .0001)$
Section III	2.55 (0.65)	2.48 (0.63)	$r_s = .82^{***} (p < .0001)$
Section IV	2.65 (0.69)	2.56 (0.74)	$r_s = .77^{***} (p < .0001)$
Total	2.75 (0.55)	2.69 (0.59)	$r_s = .85^{***} (p < .0001)$

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

Les résultats indiquent que toutes les corrélations sont significatives et bonnes, puisque la valeur du coefficient de corrélation de Spearman r_s est toujours supérieure à .70 (Perales et al., 2013), indiquant ainsi une bonne stabilité dans le temps. Une seconde analyse a été réalisée afin d'évaluer si l'allongement du délai entre les deux passations engendrait, comme attendu, une diminution de la fidélité test-retest. Pour ce faire, toutes les données, y compris celles ne respectant pas le délai initialement prévu, ont été prises en compte ($N = 56$). Les résultats de

cette seconde analyse ont également montré que toutes les corrélations étaient significatives et bonnes. Le détail de cette seconde analyse est présenté dans l'annexe E (tableau 20).

4.2.3 Analyse de la validité concourante de la version francophone de l'OASES-A

Lorsque les données étaient normalement distribuées, la validité concourante a été évaluée à l'aide de corrélations de Pearson. Celles-ci ont été calculées entre d'une part, les résultats obtenus à certaines sections et au score total de l'OASES-A et d'autre part, les scores obtenus par les adolescents à d'autres questionnaires précédemment validés et standardisés, mesurant les mêmes concepts. Selon les critères établis, un coefficient de corrélation de Pearson r compris entre .00 et .10 indique une corrélation négligeable ; entre .10 et .39, une corrélation faible ; entre .40 et .69, une corrélation modérée ; entre .70 et .89, une corrélation forte ; enfin, des valeurs comprises entre .90 et 1.00 révèlent une corrélation très forte (Schöber et al., 2018).

Lorsque les données n'étaient pas normalement distribuées, la validité concourante a été évaluée par le biais de corrélations de Spearman entre d'une part, les résultats obtenus à certaines sections et au score d'impact total de l'OASES-A et d'autre part, les scores obtenus par les adultes à d'autres tests précédemment validés et standardisés, mesurant les mêmes concepts. L'interprétation des corrélations de Spearman repose sur des seuils différents. Un coefficient de corrélation de Spearman r_s compris entre .00 et .30 indique une absence de corrélation ; entre .30 et .50, une corrélation faible ; entre .50 et .70, une corrélation modérée ; entre .70 et .90, une corrélation forte ; entre .90 et 1.0, une très forte corrélation et 1.0 correspond à une corrélation parfaite (Altman, 1990, cité par Bingol et al., 2022).

4.2.3.1 Réactions face au bégaiement

Pour évaluer la validité concourante de la section II de l'OASES-A, évaluant les réactions de l'AQB face au bégaiement, des corrélations de Spearman ont été réalisées entre le score de cette section et le score total de l'UTBAS-6 ($N = 45$), évaluant les pensées et les croyances liées au bégaiement. De plus, des corrélations de Pearson ont été effectuées entre le score de cette section et le score total de l'échelle 4S ($N = 44$), évaluant la conscience et l'intégration des préjugés liés au bégaiement. La corrélation entre la section II de l'OASES-A et le score total de l'UTBAS-6 ($r_s = .76, p < .0001$) est significative et forte, tandis que celle observée entre la section II de l'OASES-A et le score total de l'échelle 4S est modérée ($r = .61, p < .0001$).

4.2.3.2 Communication quotidienne

Pour évaluer la validité concourante de la section III de l’OASES-A, évaluant l’impact du bégaiement sur la communication quotidienne, une corrélation de Pearson a été effectuée entre le score de cette section et le score total de la LSAS-SR ($N = 44$), évaluant l’anxiété sociale. Le résultat indique une corrélation significative et modérée entre ces deux variables ($r = .69$, $p < .0001$), suggérant un lien modéré entre les difficultés de communication auto-rapportées et le niveau d’anxiété sociale. En affinant l’analyse, des corrélations significatives et modérées ont également été observées entre le score de la section III de l’OASES-A et d’une part, celui de la sous-échelle « anxiété » de la LSAS-SR ($r = .65$, $p < .0001$) et d’autre part, celui de la sous-échelle « évitemen t» ($r = .64$, $p < .0001$).

4.2.3.3 Qualité de vie

Pour évaluer la validité concourante de la section IV et du score d’impact total de l’OASES-A, évaluant l’impact du bégaiement sur la QDV de l’AQB, des corrélations de Spearman ont été réalisées entre le score total de l’ESV ($N = 45$), évaluant la satisfaction de vie et d’une part, la section IV et d’autre part, le score d’impact total de l’OASES-A.

Selon les résultats, la corrélation entre la section IV de l’OASES-A et le score total de l’ESV est significative et faible ($r_S = -.49$, $p = .0006$), tandis que celle entre le score d’impact total de l’OASES-A et le score total de l’ESV est significative et modérée ($r_S = -.49$, $p = .0006$).

À nouveau, l’obtention de corrélations négatives était attendue, puisqu’un score élevé à l’ESV indique une meilleure QDV, tandis qu’un score élevé à l’OASES-A reflète un impact plus important du bégaiement sur la QDV.

4.2.4 Analyses des hypothèses exploratoires de la version francophone de l’OASES-A

4.2.4.1 Lien entre la qualité de vie et la sévérité du bégaiement chez les adultes qui bégaiennent

Nous avons formulé l’hypothèse selon laquelle la QDV ne serait pas corrélée avec la sévérité du bégaiement, telle qu’objectivée par le SSI-4, mais bien avec l’échelle Camperdown.

Pour tester l’hypothèse relative au SSI-4, nous avons effectué des corrélations de Pearson entre le score de sévérité obtenu au SSI-4 et d’une part, les scores de chaque section de l’OASES-A et d’autre part, le score d’impact total de l’OASES-A. Pour examiner l’hypothèse relative à l’échelle Camperdown, nous avons réalisé des corrélations de Spearman entre les scores

attribués par l'adulte et le logopède, et le score d'impact total de l'OASES-A. Les données détaillées sont disponibles dans l'annexe E (tableau 21).

D'après les résultats, seules trois corrélations sont significatives. L'interprétation des corrélations de Pearson repose sur les seuils de Schober et al. (2018), tandis que celle des corrélations de Spearman repose sur les seuils de Bingol et al. (2022). La première corrélation, considérée comme négative et faible ($r = .27, p = .033$), concerne le lien entre la sévérité du bégaiement calculée à partir du SSI-4 et la section III de l'OASES-A, à savoir « Communication quotidienne ». La seconde, considérée comme une absence de corrélation ($r_S = .29, p = .023$), concerne le lien entre le score rapporté à l'échelle de Camperdown par l'adulte pendant la discussion et le score d'impact total de l'OASES-A. La troisième, considérée comme faible ($r_S = .49, p < .0001$), concerne la relation entre l'auto-évaluation de l'AQB, quant à la sévérité de son bégaiement de manière générale, telle que mesurée par l'échelle Camperdown et le score d'impact total de l'OASES-A.

4.2.4.2 Lien entre d'une part, l'effort dédié à la fluidité de la parole, la satisfaction liée à la parole et à la communication et d'autre part, la qualité de vie chez les adultes qui bégaient

Afin d'évaluer les relations entre d'une part, la QDV et l'effort dédié à la fluidité de la parole et d'autre part, la QDV et la satisfaction liée à la parole (SA scale), ainsi que celle entre la QDV et la satisfaction liée à la communication (SCESS scale), différentes corrélations de Pearson ont été réalisées. Les corrélations ont été calculées entre d'une part, les scores obtenus aux différentes sections et au score d'impact total de l'OASES-A et d'autre part, les scores obtenus au questionnaire d'effort dédié à la fluidité de la parole, à la SA scale et à la SCESS scale (tableau 13).

Tableau 13. Corrélations de Pearson et Spearman entre le questionnaire d'effort dédié à la fluidité de la parole, la SA scale et la SCESS scale et les différentes sections de l'OASES-A, ainsi que son score d'impact total

OASES-A	Section I	Section II	Section III	Section IV	Total
Effort dédié à la fluidité (N = 66)	$r_S = .16$ $p = .20$	$r_S = .43***$ $p = .0003$	$r_S = .42***$ $p = .0004$	$r_S = .41***$ $p = .0005$	$r_S = .44***$ $p = .0002$
SA scale (N = 66)	$r = -.32**$ $p = .0087$	$r = -.37**$ $p = .0021$	$r = -.40***$ $p = .0009$	$r = -.31*$ $p = .012$	$r = -.42***$ $p = .0005$
SCESS scale (N = 66)	$r_S = .11$ $p = .36$	$r_S = .16$ $p = .19$	$r_S = .16$ $p = .20$	$r_S = .24$ $p = .052$	$r_S = .21$ $p = .094$

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

Concernant l'effort dédié à la fluidité de la parole, des corrélations significatives et faibles sont observées avec les sections II, III, IV et le score d'impact total de l'OASES-A. En revanche, la corrélation calculée avec la section I est non significative.

Concernant la satisfaction liée à la parole (SA scale), des corrélations significatives et faibles sont observées avec les sections I, II et IV de l'OASES-A. En revanche, les corrélations obtenues avec la section III et le score d'impact total de l'OASES sont significatives et modérées. En outre, les corrélations calculées apparaissent négatives, puisqu'un score plus élevé à la SA scale correspond à une satisfaction de parole plus élevée, tandis qu'un score plus élevé à l'OASES-A correspond à un impact plus important du bégaiement sur l'AQB.

Concernant la satisfaction liée à la communication (SCESS scale), aucune corrélation significative n'est observée. Contrairement à l'échelle précédente, les corrélations recueillies pour la SCESS scale sont positives, puisqu'un score plus élevé à cette échelle correspond à une moins bonne satisfaction liée à la communication.

DISCUSSION

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

Pour rappel, la présente étude visait à poursuivre la validation des versions francophones de l'« Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering » (OASES). Cette échelle évalue l'impact du bégaiement sur la QDV des enfants de 7 à 12 ans (OASES-S), des adolescents ayant entre 13 et 17 ans (OASES-T) et des adultes âgés de 18 ans et plus (OASES-A).

Déjà traduite et validée dans plusieurs langues, l'OASES fait systématiquement l'objet d'un rigoureux processus de validation, garantissant que chaque version de l'échelle mesure fidèlement les mêmes dimensions que les versions originales anglophones, tout en intégrant les spécificités culturelles de chaque pays. L'objectif ultime de ces validations est l'usage clinique de ces échelles, afin d'enrichir l'évaluation du bégaiement dans une population donnée.

Pour poursuivre la validation francophone, un recrutement a été mené en Wallonie et en France auprès des trois tranches d'âge. Chaque participant a pris part à un ou deux entretiens (en présentiel, en distanciel ou en totale autonomie), au cours desquels divers questionnaires et tâches ont été administrés. Les données récoltées ont ensuite été ajoutées à celles des années précédentes, afin de réaliser les analyses statistiques sur un plus large échantillon. Différentes caractéristiques psychométriques ont été examinées, à savoir la consistance interne, afin de vérifier que l'OASES mesure bien un seul et même concept, la fidélité test-retest afin d'évaluer la stabilité temporelle des résultats obtenus lors des deux passations et la validité concourante, afin d'évaluer si l'OASES est corrélée avec d'autres échelles mesurant les mêmes concepts.

Par ailleurs, différentes hypothèses exploratoires ont été émises :

- Chez les enfants : absence de lien entre la sévérité du bégaiement (objectivée par un évaluateur externe) et la QDV ; lien entre d'une part, l'évaluation de la sévérité du bégaiement sur l'échelle Lidcombe par l'enfant lui-même, le logopède et le parent et d'autre part, la QDV ; lien entre le vécu parental et la QDV des EQB.
- Chez les adolescents : absence de lien entre la sévérité du bégaiement (objectivée par un évaluateur externe) et la QDV ; absence de lien entre l'évaluation de la sévérité du bégaiement sur l'échelle Camperdown par le logopède et le parent et la QDV, mais existence d'un lien entre l'évaluation de la sévérité du bégaiement sur l'échelle Camperdown par l'adolescent lui-même et la QDV ; lien entre le vécu parental et la

QDV des adolescents qui bégaient ; lien entre la QDV et trois dimensions spécifiques, à savoir l'effort dédié à la fluidité de la parole, la satisfaction liée à la parole et la satisfaction liée à la communication.

- Chez les adultes : absence de lien entre la sévérité du bégaiement (objectivée par un évaluateur externe) et la QDV ; lien entre d'une part, l'évaluation de la sévérité du bégaiement sur l'échelle Camperdown par l'AQB et le logopède et d'autre part, la QDV ; lien entre la QDV et trois dimensions spécifiques, à savoir l'effort dédié à la fluidité de la parole, la satisfaction liée à la parole et la satisfaction liée à la communication.

2. Rappel, interprétation et explication des résultats

La consistance interne, la fidélité test-retest et l'hypothèse exploratoire qui évalue le lien entre la QDV et la sévérité (objective et subjective) du bégaiement chez les PQB ont conduit à des conclusions relativement similaires pour les trois tranches d'âge. Ces résultats seront donc abordés conjointement. En revanche, les résultats relatifs à la validité concourante et aux hypothèses exploratoires propres à chaque version seront discutés séparément.

2.1 Consistance interne

De manière générale, les alphas de Cronbach obtenus aux versions francophones de l'OASES-S, de l'OASES-T et de l'OASES-A indiquent une bonne consistance interne pour les différents items. Cela signifie que les différentes sections et le score d'impact total de chaque version de l'OASES mesurent un seul et même concept.

Pour rappel, en se référant aux seuils d'interprétation des alphas de Cronbach (α) de Yun et al. (2023), il apparaît que les sections II, III et IV de l'OASES-S présentent une bonne consistance interne ($\alpha > .80$), tandis que la section I affiche une consistance interne jugée acceptable ($.70 < \alpha < .80$). Le score d'impact total présente, quant à lui, une excellente consistance interne ($\alpha > .90$). Pour l'OASES-T, les sections II et III présentent une bonne consistance interne, la section I, une consistance interne jugée acceptable, et la section IV et le score d'impact total, une excellente consistance interne. Pour l'OASES-A, les sections I et III présentent une bonne consistance interne, tandis que les sections II, IV et le score d'impact total affichent une excellente consistance interne.

Les résultats obtenus semblent cohérents avec les données rapportées dans les versions préalablement validées des différentes versions de l'OASES. En effet, pour chaque tranche d'âge, la section I présente systématiquement la consistance interne la plus faible, ce qui

concorde avec les données des versions anglophone (Yaruss & Quesal, 2016), néerlandophone (Lankman et al., 2015), lusophone (Rocha et al., 2021), suédophone (Lindström et al., 2020) et polonophone (Boroń et al., 2022) de l'OASES-S, des versions anglophone (Yaruss & Quesal, 2016), suédophone (Lindström et al., 2020) et polonophone (Wesierska et al., 2023) de l'OASES-T, ainsi que des versions anglophone (Yaruss & Quesal, 2016), japonophone (Sakai et al., 2017), néerlandophone (Koedoot et al., 2011) et hébréophone (Freud et al., 2017) de l'OASES-A. Bien que cette section affiche l'alpha de Cronbach le plus faible, celui-ci demeure systématiquement supérieur à .70, indiquant que les items de cette section sont toutefois conceptuellement liés.

À l'inverse, le score d'impact total présente la consistance interne la plus élevée dans les versions francophones de l'OASES-S et de l'OASES-T, ce qui coïncide avec les résultats des autres versions de l'OASES-S et de l'OASES-T, citées ci-dessus.

Bien que nos résultats soient globalement en accord avec ceux des versions anglophones, les alphas de Cronbach obtenus dans les versions francophones s'avèrent systématiquement plus faibles que ceux des versions anglophones, à l'exception de celui de la section I de l'OASES-S, dont l'alpha est supérieur. Cette différence pourrait s'expliquer d'une part, par la taille plus restreinte de nos échantillons et d'autre part, par la traduction et les différences culturelles.

2.2 Fidélité test-retest

Concernant la fidélité test-retest, les versions francophones de l'OASES-T et de l'OASES-A présentent une bonne fidélité test-retest pour l'ensemble des sections et le score d'impact total, puisque tous les coefficients de Spearman sont supérieurs à .70 (Perales et al., 2013). La version francophone de l'OASES-S présente également une bonne fidélité test-retest pour l'ensemble des sections et le score d'impact total, à l'exception de la section I, dont le coefficient est légèrement inférieur à .70. Ces différents résultats indiquent globalement une bonne fidélité test-retest, démontrant une bonne stabilité temporelle des résultats obtenus entre les deux passations. Cela signifie que le moment de passation n'influence pas significativement les réponses des participants.

Contrairement à nos résultats, les trois versions anglophones de Yaruss et Quesal (2016) présentent des coefficients de corrélation supérieurs à .90 pour l'ensemble des sections. Cette différence pourrait s'expliquer par différents facteurs. Premièrement, par la taille de notre échantillon. En effet, notre analyse a été réalisée sur base des données de 26 enfants, 15 adolescents et 49 adultes, alors que la fidélité test-retest des versions anglophones a été calculée

sur base des données de 20 enfants, 10 adolescents et 14 adultes. Deuxièmement, par le délai entre les deux passations. Dans les versions francophones, un délai de 10 à 14 jours a été respecté, celui-ci étant considéré comme adéquat pour évaluer cette fidélité (Souza et al., 2017), tandis que les versions anglophones ont opté pour un délai allant de 7 à 14 jours (Yaruss & Quesal, 2016). De plus, durant ce délai, les participants anglophones n'ont reçu aucun traitement logopédique, contrairement aux nôtres qui ont poursuivi le leur, s'ils en bénéficiaient.

En outre, les moyennes des sections et du score d'impact total des trois OASES francophones sont systématiquement plus faibles à la seconde passation. Cette constatation est également observée pour la grande majorité des sections des versions anglophones. Plusieurs facteurs pourraient contribuer à cette diminution. Tout d'abord, certains participants ont réalisé la seconde passation à domicile, en totale autonomie ou avec l'aide des parents. Le contexte a donc pu influencer les réponses du participant et par conséquent, affecter la fidélité test-retest. Ensuite, il est possible que les PQB se soient davantage intéressées au bégaiement durant le délai. De plus, il est probable que les PQB aient ressenti davantage de stress et d'anxiété lors de la première passation, en raison de la nature inhabituelle de la situation : parler avec un inconnu à propos du bégaiement et réaliser des tâches peu familières. Cette probable anxiété a pu influencer leurs réponses données lors de la première passation. Enfin, entre les deux passations, de nombreux participants francophones ont poursuivi leur suivi logopédique. Cette variable explicative ne peut toutefois être retenue pour les participants anglophones.

Pour finir, lorsque nous prenons en compte l'ensemble des données, y compris celles issues de passations ne respectant pas le délai de 10 à 14 jours initialement prévu, les conclusions pour l'OASES-T et l'OASES-A francophones restent similaires. Plus surprenant encore, pour l'OASES-S, cela a abouti à des corrélations significatives et bonnes pour l'ensemble des sections, y compris pour la section I. Ce changement de significativité pourrait s'expliquer par l'augmentation de la taille de l'échantillon. En effet, cela a permis de passer d'un échantillon de 26 à 49 EQB. Ces résultats suggèrent que l'allongement du délai ne semble pas affecter la fidélité test-retest, ce qui va donc à l'encontre de nos attentes (Souza et al., 2017).

2.3 Hypothèse exploratoire commune à l’OASES-S, l’OASES-T et l’OASES-A

2.3.1 Lien entre la qualité de vie et la sévérité du bégaiement chez les personnes qui bégaient

La sévérité du bégaiement a été évaluée à la fois de manière objective, à l'aide du SSI-4, et de manière subjective, à l'aide de l'échelle de sévérité du bégaiement Lidcombe (pour l’OASES-S) et de l'échelle de sévérité du bégaiement Camperdown (pour l’OASES-T et l’OASES-A). Notre manque d'expérience dans l'évaluation du bégaiement a probablement affecté à la fois le score obtenu au SSI-4 et le score attribué par le logopède aux échelles de sévérité du bégaiement. Bien que le SSI-4 soit considéré comme un outil objectif, celui-ci comprend une part de subjectivité. En effet, notre manque d'expérience a pu affecter la précision de l'analyse des comportements concomitants et de la durée des trois disfluences les plus longues. Enfin, pour chaque outil, nous avions tendance à comparer les discours et les comportements des participants entre eux afin de leur attribuer une cote. Cette dernière aurait sûrement été différente si elle avait été attribuée par un expert du domaine du bégaiement.

2.3.1.1 Lien entre la qualité de vie et la sévérité objective du bégaiement chez les personnes qui bégaient

Pour rappel, nous avions prédit que les scores des différentes sections et le score d'impact total de chaque OASES ne serait pas corrélés avec la sévérité objective du bégaiement, telle qu'évaluée par le SSI-4. Notre hypothèse se voit confirmée pour l’OASES-S et l’OASES-T, puisqu'aucune corrélation significative n'a été observée entre le score obtenu au SSI-4 et ceux de l’OASES-S et de l’OASES-T. En revanche, les résultats obtenus pour l’OASES-A sont partiellement en désaccord avec notre hypothèse. En effet, une corrélation faible et significative a été mise en évidence entre le score obtenu au SSI-4 et la section III de l’OASES-A, à savoir « Communication quotidienne ».

De manière globale, nos résultats suggèrent une absence de relation entre la QDV des PQB et la sévérité objective du trouble. Autrement dit, un bégaiement plus sévère n'engendre pas nécessairement une moins bonne QDV.

Les résultats de l’OASES-S rejoignent bien la conclusion de Beilby (2014) selon laquelle la sévérité objective du bégaiement ne reflète pas nécessairement le degré de souffrance ressenti par l'enfant. Ainsi, la sévérité du trouble ne serait pas directement liée à son impact sur la QDV.

Autrement dit, les enfants présentant un bégaiement léger peuvent présenter un impact identique, voire plus important, que ceux ayant un bégaiement sévère (Beilby, 2014).

Les résultats de l'OASES-T vont dans le sens de l'hypothèse émise (Bragatto et al., 2012).

Les résultats de l'OASES-A ne permettent pas de confirmer totalement notre hypothèse exploratoire. Cette partielle divergence peut potentiellement s'expliquer par le manque d'homogénéité de la littérature scientifique. En effet, nos résultats présentent à la fois des convergences et des divergences avec la littérature, celle-ci n'étant pas homogène. Contrairement à l'étude de Bragatto et al. (2012), dans laquelle aucune corrélation significative n'est observée entre la sévérité du bégaiement et les scores de l'OASES, notre étude a mis en évidence une corrélation significative mais de faible ampleur, comme celle de Blumgart et al. (2012). Nos résultats divergent également de ceux d'Algamal et Sallam (2022), puisqu'ils ont mis en évidence plusieurs corrélations significatives entre l'échelle ASSI, comparable au SSI-4, et les scores de l'OASES-A. Cette différence pourrait s'expliquer par différents facteurs, tels que la différence de taille des échantillons, les différences culturelles et notre manque d'expérience.

2.3.1.2 Lien entre la qualité de vie et la sévérité subjective du bégaiement chez les personnes qui bégiaient

Pour rappel, au regard de la littérature scientifique, nous avions prédit qu'il existerait, pour l'OASES-S, une corrélation entre la QDV et la sévérité du bégaiement évaluée par l'EQB, le logopède et le parent. Pour l'OASES-T, nous prédisions une corrélation entre la QDV et la sévérité du bégaiement évaluée par l'adolescent qui bégaye, mais une absence de corrélation entre la QDV et la sévérité du bégaiement évaluée par le logopède. Pour l'OASES-A, nous avions prédit une corrélation entre la QDV et la sévérité du bégaiement évaluée par l'AQB et le logopède.

Les corrélations réalisées sur base de l'échelle Lidcombe pour l'OASES-S et celles réalisées sur base de l'échelle Camperdown pour l'OASES-T ont mené à des conclusions similaires. Une seule corrélation est apparue significative. En effet, seule l'auto-évaluation de l'enfant/de l'adolescent, quant à la sévérité de son bégaiement de manière générale, s'avère faiblement corrélée avec le score d'impact total de l'OASES-S/de l'OASES-T.

Les corrélations réalisées entre d'une part, l'échelle Camperdown, complétée par l'adulte (lors de la discussion et de manière générale) et par la logopède (a posteriori de la discussion) et d'autre part, le score d'impact total de l'OASES-A ont mené à des résultats fort semblables. En

effet, bien que significative, la corrélation entre l'évaluation de la sévérité du bégaiement par l'adulte, lors de la discussion, et le score d'impact total de l'OASES-A se traduit, selon les seuils de Bingol et al. (2022), par une absence de corrélation en raison de la faible valeur du coefficient de corrélation de Spearman. En revanche, l'évaluation de la sévérité du bégaiement par l'adulte, de manière générale, est significativement et faiblement corrélée avec le score d'impact total de l'OASES-A.

Nos différents résultats rejoignent l'étude de Horton et al. (2023) qui a mis en évidence que la sévérité auto-déclarée du bégaiement est faiblement corrélée avec le score d'impact total de l'OASES chez des PQB âgées de 5 à 84 ans.

D'après nos résultats, il ne semble pas y avoir de lien entre la QDV et d'une part, le jugement de la sévérité du bégaiement des parents (OASES-S et OASES-T) et d'autre part, celui du logopède (OASES-S, OASES-T, OASES-A). L'absence de corrélation avec le score donné par le logopède pourrait s'expliquer par notre manque d'expérience expliqué précédemment.

Les résultats de l'OASES-S sont en contradiction avec la corrélation significative et modérée obtenue par Lankman et al. (2015) entre l'échelle CA, évaluant la sévérité du bégaiement par le thérapeute, et le score d'impact total de l'OASES-S. Les résultats de l'OASES-T, eux, vont dans le sens de ce que Węsierska et al. (2023) ont mis en évidence. En effet, ils n'ont établi aucun lien significatif entre l'échelle CA et l'OASES-T. Enfin, les résultats de l'OASES-A diffèrent de ceux obtenus par Koedoot et al. (2011). En effet, les auteurs ont obtenu des corrélations significatives et allant de faibles à fortes entre la CA et l'OASES-A. Les différences observées par rapport aux études de Węsierska et al. et de Koedoot et al. pourraient s'expliquer par le fait que, dans chacune d'entre elles, le clinicien devait évaluer la sévérité du bégaiement en tenant compte des aspects cognitifs, émotifs, sociaux et moteurs de la personne, éléments dont nous n'avons pas tenu compte. En outre, ces cliniciens avaient probablement plus d'expérience que nous dans l'évaluation du bégaiement.

En conclusion, la QDV des PQB semble davantage liée au ressenti des PQB, quant à la sévérité de leur bégaiement, plutôt qu'à la sévérité objective de leur bégaiement, ou encore à la sévérité perçue par un évaluateur externe (parent ou logopède).

2.4 OASES-S

2.4.1 Propriétés psychométriques de la version francophone de l’OASES-S

2.4.1.1 Validité concourante de la version francophone de l’OASES-S

La validité concourante des sections et du score total de l’OASES-S a été évaluée avec la LSAS-CA et le PedsQL.

La corrélation entre la LSAS-CA, évaluant l’anxiété sociale, et la section III de l’OASES-S, évaluant la communication dans la vie de tous les jours, s’avère significative et forte. L’anxiété liée à la communication quotidienne semble donc être bien représentée par la section III de l’OASES-S.

Il semble important que l’OASES-S puisse évaluer ce concept, puisque d’après l’étude d’Iverach et al. (2016b), les EQB âgés de 7 à 12 ans présentent six fois plus de risque de présenter des TAS (24%) que leurs pairs fluents (5%).

La corrélation entre le PedsQL, évaluant la QDV de manière générale, et la section IV de l’OASES-S, évaluant l’impact du bégaiement sur la QDV, apparaît significative et modérée, tout comme celle entre le PesQDL et le score total de l’OASES-S. Cela signifie que la section IV et l’échelle dans son ensemble semblent évaluer modérément la QDV des EQB. Cela pourrait s’expliquer par la nature différente des questionnaires. En effet, le PedsQL est un inventaire général évaluant la QDV de manière générale, comprenant des items généraux ne présentant parfois aucun lien direct avec le bégaiement (ex : « J’ai des difficultés à marcher au-delà de 100 mètres »). À l’inverse, l’OASES-S est une échelle plus spécifique, conçue pour évaluer la QDV dans un domaine plus spécifique, à savoir celui du bégaiement.

2.4.2 Hypothèses exploratoires de la version francophone de l’OASES-S

2.4.2.1 Lien entre le vécu parental et la qualité de vie des enfants qui bégaient

Pour rappel, nous avons fait l’hypothèse que le vécu parental serait corrélé à la QDV des EQB.

Les corrélations réalisées entre le PPRS, évaluant le vécu parental, et certaines sections de l’OASES n’ont abouti qu’à une seule corrélation significative. En effet, seule la corrélation entre la section II de l’OASES, évaluant les réactions de l’enfant face au bégaiement, et la section 1 du PPRS, intitulée « L’impact du bégaiement sur votre enfant », apparaît négative et modérée. Cela signifie que la perception parentale de l’impact du bégaiement sur l’enfant est modérément liée aux réactions de l’enfant face à son bégaiement. Ainsi, au plus le parent perçoit

le bégaiement comme impactant son enfant, au plus son enfant semble avoir des réactions négatives vis-à-vis de celui-ci. Cela rejoint ce que Costa et al. (2022) ont mentionné, lorsqu'elles évoquent que l'attitude négative des proches envers la parole de l'EQB peut conduire ce dernier à développer une attitude négative vis-à-vis de sa propre parole, pouvant ainsi nuire à sa communication (frustration de parler ou arrêt de la parole). Les parents, et au sens plus large, la famille, font partie des facteurs environnementaux pouvant impacter positivement ou négativement la QDV des EQB (Yaruss & Quesal, 2004). De plus, le fait que cette corrélation soit modérée pourrait s'expliquer par le fait qu'il est difficile de se mettre à la place d'autrui et de ressentir ce que l'EQB vit au quotidien.

Les deux autres corrélations sont apparues non significatives. Il ne semble donc pas y avoir de lien entre d'une part, le ressenti des parents sur la sévérité du bégaiement de leur enfant et leurs préoccupations (section 2 du PPRS) et d'autre part, la communication de l'EQB au quotidien (section III de l'OASES-S). De même, il n'y aurait pas de lien entre d'une part, les connaissances des parents et leur confiance quant à leur gestion du bégaiement (section 3 du PPRS) et d'autre part, l'impact du bégaiement sur la QDV de l'EQB (section IV de l'OASES-S).

Les résultats obtenus ne confirment donc que partiellement notre hypothèse. Cet écart pourrait s'expliquer par le fait que le PPRS a souvent été rempli en autonomie par les parents, ce qui a pu influencer les résultats. En effet, s'ils faisaient face à des difficultés de compréhension, ils n'ont pas pu être aidés, ce qui a pu influencer leurs réponses. De plus, la variation du sens de l'échelle selon les items (ex : « pas du tout » correspond parfois à 0, parfois à 10) a pu prêter à confusion et donc affecter les réponses des parents. À l'avenir, il semblerait plus judicieux de toujours compléter l'échelle avec le parent pour attirer son attention sur le contenu des énoncés et le sens de l'échelle.

2.5 OASES-T

2.5.1 Propriétés psychométriques de la version francophone de l'OASES-T

2.5.1.1 Validité concourante de la version francophone de l'OASES-T

La validité concourante des sections et du score total de l'OASES-T a été évaluée avec l'UTBAS-6, la LSAS-CA, l'ESV et le PedsQL.

La corrélation entre l'UTBAS-6, évaluant les pensées et les croyances liées au bégaiement, et la section II de l'OASES-T, évaluant les réactions de l'adolescent face au bégaiement, apparaît

significative et modérée. Cela signifie que les réactions de l'adolescent face à son bégaiement sont liées aux pensées et aux croyances qu'il peut avoir sur son bégaiement. Cela rejoint l'étude de Beilby (2014) qui montre que les PQB ont des réactions négatives vis-à-vis de la parole en général, ce qui peut engendrer une réduction significative de leur QDV. Ces attitudes plus négatives envers leur parole tendent à s'aggraver avec l'âge. De plus, les jeunes qui bégaien montreraient une prévalence plus importante de troubles anxieux que leurs pairs fluents (Gunn et al., 2014, cités par Iverach et al., 2016b).

La corrélation entre la LSAS-CA, évaluant l'anxiété sociale, et la section III de l'OASES-T, évaluant la communication dans la vie de tous les jours, s'avère significative et forte. La section III de l'OASES-T semble donc bien refléter les difficultés d'anxiété rencontrées par l'adolescent qui bégaiet lors de sa communication quotidienne. Il semble important que l'OASES-T puisse évaluer ce concept, puisque Gunn et al. (2014, cités par Iverach et al., 2016b) soutiennent que les jeunes qui bégaien montreraient une prévalence plus importante de troubles anxieux, dont le TAS, en comparaison aux adolescents fluents. De plus, Rana et al. (2022) ont mis en évidence que les jeunes adolescents qui bégaien (11-14 ans) présentent une anxiété sociale plus élevée et une QDV plus faible que les PQB plus âgées. Cela s'expliquerait par l'exposition à de nouvelles expériences sociales et par une phase critique de la construction identitaire.

Les corrélations entre l'ESV, évaluant la satisfaction de vie et d'une part, la section IV de l'OASES-T, évaluant l'impact du bégaiement sur la QDV et d'autre part, le score d'impact total de l'OASES-T, sont toutes deux significatives et modérées. Ces résultats signifient que la section IV et le score total de l'OASES-T mesurent modérément la satisfaction de vie. Cette force de corrélation pourrait s'expliquer par les items moins spécifiques au bégaiement compris dans l'ESV, mais également par l'aspect abstrait du concept de « satisfaction de vie » pouvant parfois manquer de clarté.

Les corrélations entre le PedsQL (que ce soit celui comprenant 15 ou 23 items), évaluant la QDV de manière générale, et la section IV de l'OASES-T, évaluant l'impact du bégaiement sur la QDV, apparaissent non significatives, tout comme celles entre le PedsQL et le score d'impact total de l'OASES-T. Comme détaillés dans la section dédiée à l'OASES-S, ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que le PedsQL est un inventaire général, tandis que l'OASES-T est une échelle conçue pour évaluer la QDV dans un domaine plus spécifique, à savoir celui du bégaiement. Cette absence de corrélation significative pourrait également s'expliquer par la taille réduite de nos échantillons, puisque deux formes distinctes du PedsQL ont été employées

($N = 13$ pour le PedsQL15 et $N = 8$ pour le PedsQL23). Une piste d'amélioration serait d'administrer constamment la même forme du PedsQL pour augmenter la taille de l'échantillon.

2.5.2 Hypothèses exploratoires de la version francophone de l'OASES-T

2.5.2.1 Lien entre la proportion d'effort dédié à la fluidité de la parole et la qualité de vie des adolescents qui bégaient

Selon notre hypothèse exploratoire, l'effort dédié à la fluidité de la parole serait corrélé avec la QDV des adolescents qui bégaient.

Des corrélations significatives et modérées sont observées entre le score obtenu au questionnaire d'effort dédié à la fluidité de la parole et d'une part, les sections II, III, IV de l'OASES-T et d'autre part, le score d'impact total de l'OASES-T. En revanche, une corrélation non significative a été relevée avec la section I. D'après ces résultats, l'effort dédié à la fluidité de la parole semble lié à la QDV. Cela est donc en accord avec notre hypothèse initiale.

Bien que significatives, la force modérée de ces corrélations peut s'expliquer par le manque de compréhension de la question. En effet, 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 ? » était souvent difficilement comprise par les participants, et ce même en la reformulant. En effet, cette question regroupe à la fois des concepts difficilement quantifiables (ex : « effort dédié, effort mental ») et du jargon logopédique (ex : « fluence »).

2.5.2.2 Lien entre la satisfaction liée à la parole et la qualité de vie des adolescents qui bégaient

Nous avions émis l'hypothèse que la satisfaction liée à la parole serait corrélée avec la QDV des adolescents qui bégaient.

Des corrélations significatives, négatives et modérées sont observées entre le score de la SA scale, évaluant la satisfaction liée à la parole, et d'une part, les sections II, III et IV, et d'autre part, le score d'impact total de l'OASES-T. En revanche, pour la section I, la corrélation apparaît non significative. De manière générale, ces résultats soutiennent l'existence d'un lien entre la satisfaction liée à la parole et à la QDV des adolescents qui bégaient, ce qui va donc dans le sens de notre hypothèse. Il semble pertinent que l'OASES-T puisse évaluer ce concept, puisque selon Beilby (2014), les attitudes négatives que les EQB ont envers leur parole tendent à s'aggraver avec le temps. C'est pourquoi les adolescents qui bégaient ont un impact négatif

plus marqué sur leur quotidien. Dès lors, adopter une PEC globale semble justifié pour diminuer l'anxiété et les attitudes négatives, tout en améliorant la parole fluente (Beilby, 2014).

Nos résultats rejoignent ceux obtenus par Węsierska et al. (2023). En effet, les auteurs ont également mis en évidence des corrélations significatives et modérées entre la SA scale et certaines sections et le score d'impact total de l'OASES-T. Selon ces auteurs, la force modérée des corrélations pourrait s'expliquer par le fait que la QDV ne dépend pas uniquement de la sévérité du bégaiement.

2.5.2.3 Lien entre la satisfaction liée à la communication et la qualité de vie des adolescents qui bégaient

Nous avons émis l'hypothèse que la satisfaction liée à la communication serait corrélée avec la QDV des adolescents qui bégaient.

Des corrélations significatives et modérées sont observées entre l'OASES-T et la SCESS scale, évaluant la satisfaction liée à la communication, excepté pour la section I de l'OASES-T. Ces résultats suggèrent que la satisfaction liée à la communication est liée à la QDV des adolescents qui bégaient. Cela est donc en accord avec notre hypothèse exploratoire.

Nos résultats concordent avec les résultats mis en évidence par Węsierska et al. (2023). En effet, les auteurs ont également observé des corrélations significatives, négatives et modérées entre l'échelle SS, évaluant la satisfaction liée à la communication, et d'une part, trois sections de l'OASES-T-PL, et d'autre part, le score d'impact total. Une fois de plus, selon ces auteurs, la force modérée des corrélations pourrait être expliquée par le fait que la QDV ne dépend pas uniquement de la sévérité du bégaiement.

2.5.2.4 Lien entre le vécu parental et la qualité de vie des adolescents qui bégaient

Pour rappel, nous avons émis l'hypothèse que le vécu parental serait corrélé à la QDV des adolescents qui bégaient.

Les analyses statistiques réalisées entre le PPRS, évaluant le vécu parental, et certaines sections de l'OASES-T ont conclu que seule une corrélation était significative, négative et modérée. Cette corrélation est réalisée entre la section II de l'OASES-T, évaluant les réactions de l'adolescent face au bégaiement, et la section 1 du PPRS, intitulée « L'impact du bégaiement sur votre enfant ». Cela signifie que le ressenti parental, quant à l'impact du bégaiement sur l'adolescent, est modérément lié aux réactions de l'adolescent face à son bégaiement.

En conclusion, ce résultat soutient partiellement l'hypothèse émise.

2.6 OASES-A

2.6.1 Propriétés psychométriques de la version francophone de l’OASES-A

2.6.1.1 Validité concourante de la version francophone de l’OASES-A

La validité concourante des sections et du score total de l’OASES-A a été évaluée avec l’UTBAS-6, l’échelle 4S, la LSAS-SR et l’ESV.

La corrélation entre la section II de l’OASES-A, évaluant les réactions de l’AQB face au bégaiement, et l’UTBAS-6, évaluant les pensées et les croyances liées au bégaiement, s’avère significative et forte, tandis que celle entre cette même section de l’OASES et l’échelle 4S, évaluant la conscience et l’intégration des préjugés liés au bégaiement, apparaît significative et modérée. Cela permet donc de démontrer la validité concourante de la section II, puisqu’elle semble fortement liée aux pensées et croyances que l’adulte peut avoir sur son bégaiement, et modérément à la conscience et l’intégration des préjugés liés au bégaiement.

En effet, le bégaiement est associé au stress, à l’anxiété et aux réactions négatives à l’égard de la prise de parole (Beilby, 2014). De plus, les PQB sont confrontées à deux types de stigmatisations. La stigmatisation publique et l’auto-stigmatisation. Dans ce cas, les PQB intérieurisent les stéréotypes, les préjugés et la discrimination auxquels elles sont confrontées. Cela peut alors mener à des comportements auto-discriminatoires (ex : éviter des situations sociales ou professionnelles...) (Corrigan & Watson, 2002). Boyle (2013) a mis en évidence que ces deux stigmatisations peuvent influencer négativement leur bien-être et leur QDV. Étant donné ces différentes informations, il semble important que l’OASES-A évalue ces concepts.

La corrélation entre la LSAS-SR, évaluant l’anxiété sociale, et la section III de l’OASES-A, évaluant la communication dans la vie de tous les jours, s’avère significative et modérée. La section III de l’OASES-A semble donc modérément liée à l’anxiété sociale chez les adultes.

Il semble important que l’OASES-A puisse évaluer ce concept, puisque chez les AQB cherchant un suivi logopédique, le risque de présenter un trouble anxieux est six fois plus élevé que dans le groupe fluent, soit une probabilité 16 à 34 fois plus élevée de développer un TAS (Iverach et al., 2009). De plus, le bégaiement est associé au stress, à l’anxiété et aux réactions négatives à l’égard de la prise de parole (Beilby, 2014). Rana et al. (2022) soulignent que les adolescents qui bégaient présentent une anxiété sociale plus élevée et une QDV plus faible que les PQB plus âgés. Cela rejoue nos observations, puisque la corrélation apparaît modérée avec l’OASES-A et forte avec l’OASES-T.

La corrélation entre l'ESV, évaluant la satisfaction de vie, et la section IV de l'OASES-A, évaluant l'impact du bégaiement sur la QDV, s'avère significative et faible. En revanche, celle entre l'ESV et le score total de l'OASES-A apparaît significative et modérée. Ces résultats signifient que la section IV ne mesure que faiblement la satisfaction de vie tandis que le score total de l'OASES-A la mesure modérément. Nos résultats rejoignent ceux de Freud et al. (2017). En effet, dans leur étude, l'échelle SLSS, évaluant la satisfaction de vie, est significativement et modérément corrélée avec la section IV de l'OASES-A. Notre taille plus restreinte d'échantillon pourrait expliquer cette différence de force observée.

2.6.2 Hypothèses exploratoires de la version francophone de l'OASES-A

2.6.2.1 Lien entre la proportion d'effort dédié à la fluidité de la parole et la qualité de vie des adultes qui bégaient

Selon notre hypothèse exploratoire, l'effort dédié à la fluidité de la parole serait corrélé avec la QDV des AQB.

Des corrélations significatives et faibles sont observées entre le score obtenu au questionnaire d'effort dédié à la fluidité de la parole et l'OASES-A, à l'exception de celle avec la section I, qui apparaît non significative. La QDV semble donc faiblement liée au niveau d'effort dédié à la fluidité de la parole. Ce résultat va toutefois dans le sens de notre hypothèse.

Comme expliqué dans la section de l'OASES-T, la force de cette corrélation peut être affectée par un manque de compréhension de l'énoncé.

2.6.2.2 Lien entre la satisfaction liée à la parole et la qualité de vie des adultes qui bégaient

Nous avions émis l'hypothèse que la satisfaction liée à la parole serait corrélée à la qualité de vie des AQB.

Des corrélations significatives, négatives et faibles sont observées entre le score de la SA scale, évaluant la satisfaction liée à la parole, et les sections I, II et IV. En revanche, des corrélations significatives et modérées sont observées avec la section III et le score d'impact total de l'OASES-A. Ces résultats soutiennent donc l'existence d'un lien entre la satisfaction liée à la parole et la QDV des AQB, ce qui va donc dans le sens de notre hypothèse. Ce lien a également été mis en évidence par Koedoot et al. (2011), ainsi que par Sakai et al. (2017) qui observaient des corrélations significatives, négatives et modérées entre la SA et l'OASES-A, traduite dans leur langue respective.

2.6.2.3 Lien entre la satisfaction liée à la communication et la qualité de vie des adultes qui bégaient

Selon notre hypothèse exploratoire, la satisfaction liée à la communication serait corrélée avec la qualité de vie des AQB.

D'après nos analyses, aucune corrélation entre la SCESS scale, évaluant la satisfaction liée à la communication, et l'OASES-A ne s'est avérée significative. La satisfaction liée à la communication des AQB ne semble donc pas liée à leur QDV. Ces résultats ne sont donc pas en accord avec notre hypothèse et sont en contradiction avec ceux émis par Sakai et al. (2017). En effet, dans leur étude, des corrélations significatives allant de modérées à fortes ont été mises en évidence entre la SS, échelle mesurant la satisfaction vis-à-vis de la communication, et l'OASES-A. La différence pourrait s'expliquer à nouveau par la taille plus restreinte de notre échantillon.

3. Implications cliniques et perspectives de recherche

Ce mémoire a permis de contribuer à l'avancement de la validation des versions francophones des OASES-S, OASES-T et OASES-A, en poursuivant le recrutement en France et en Wallonie. Bien que ces échelles soient déjà utilisées dans la pratique logopédique, les données recueillies précédemment présentaient une portée statistique limitée en raison des tailles d'échantillons réduites. L'élargissement de l'échantillon a donc permis d'obtenir des résultats plus solides, permettant ainsi d'objectiver la fiabilité et la validité de ces échelles, évaluant l'impact du bégaiement sur la QDV des PQB. L'évaluation de cet impact est primordiale pour pouvoir proposer une PEC adaptée. Cette étude contribue ainsi au domaine de la logopédie en milieu francophone et s'inscrit dans une démarche clinique.

Concernant les perspectives de recherche, il pourrait être intéressant de poursuivre ce mémoire en entamant un nouveau recrutement pour les trois tranches d'âge. En effet, bien que notre échantillon se soit étoffé, celui-ci reste parfois faible lors de certaines analyses statistiques, conduisant ainsi à des résultats moins robustes. De plus, dans le cadre des recherches futures, il serait judicieux de prendre en compte les différentes limites que nous mentionnons dans la section suivante de ce mémoire. En effet, malgré l'intérêt de cette étude, certaines limites, susceptibles d'avoir influencé les résultats, se doivent d'être soulignées.

4. Limites méthodologiques de l'étude

Comme mentionné ci-dessus, bien que la taille de l'échantillon ait augmenté de 38 participants, elle demeure parfois modeste, en comparaison de celle d'autres études portant sur la validation de l'OASES dans d'autres langues. La taille de notre échantillon constitue ainsi la première limite de cette étude. En effet, bien que notre échantillon comprenne 54 enfants, 27 adolescents et 66 adultes, celui-ci semble parfois faible selon les analyses menées. Par exemple, lors de l'analyse de la fidélité test-retest chez les enfants, en tenant compte des données manquantes et en respectant le délai initialement prévu, l'échantillon passe de 54 à 26 EQB. Des échantillons de tailles plus importantes pourraient donc appuyer davantage les résultats obtenus dans ce mémoire. Notre échantillon présente néanmoins l'avantage d'inclure une diversité de profils : des PQB françaises, des PQB belges, bénéficiant ou non d'un suivi logopédique, ainsi que des participants des deux sexes. Cette hétérogénéité confère à notre échantillon un haut degré de représentativité, permettant de refléter au mieux la réalité de la population des PQB. Bien que notre échantillon présente une proportion plus élevée d'hommes, au regard des résultats non significatifs quant à la variable « genre » observés par Freud et al. (2017), cela ne devrait pas avoir influencé les résultats obtenus.

La seconde limite réside dans notre manque d'expérience dans l'évaluation du bégaiement. Cette lacune a certainement influencé les résultats obtenus au SSI-4, ainsi qu'aux échelles de sévérité du bégaiement Lidcombe et Camperdown. Ceux-ci auraient probablement été différents s'ils avaient été attribués par un expert du domaine du bégaiement. Par conséquent, dans le cadre de recherches futures, il serait pertinent que ces scores soient attribués par un expert du domaine, afin d'assurer une meilleure fiabilité et une meilleure validité des données.

La troisième limite concerne le mode de passation des entretiens. En effet, la majorité des entretiens a été réalisée en distanciel, via la plateforme Microsoft Teams. Ce format nous a exposé à divers problèmes techniques : dysfonctionnements de l'enregistrement audio et vidéo, caméras défectueuses, difficultés d'utilisation de l'application pour certains participants peu familiers avec l'outil ... Tout cela a ainsi pu affecter l'évaluation réalisée à l'aide du SSI-4. En effet, l'évaluation des comportements concomitants s'avère biaisée en raison du fonctionnement variable des caméras, de l'impossibilité d'observer le corps du participant dans son entiereté et du maintien moins systématique du contact visuel à travers l'écran. Enfin, les problèmes techniques ont, à plusieurs reprises, compromis la qualité des enregistrements, compliquant ainsi les transcriptions et l'analyse du bégaiement lors de l'évaluation réalisée à l'aide du SSI-4. Cette difficulté s'ajoute à notre manque d'expérience, qui constituait déjà un

facteur limitant. Afin de pallier cette limite, il serait préférable de privilégier le présentiel. Toutefois, dans la réalité des faits, cela semble fort ambitieux en raison de l'éloignement géographique de nombreux participants. Il semblerait donc essentiel, à minima, de s'assurer, en amont, du bon fonctionnement des aspects techniques, lors de l'utilisation de Microsoft Teams, tant du côté de l'examineur que du participant.

La quatrième limite concerne la variation des modes de passation. En effet, tous les entretiens n'ont pas été entrepris de la même manière. Trois modalités ont été employées, à savoir le présentiel, le distanciel et la complétion en autonomie. De plus, il n'a pas toujours été possible de maintenir le même mode de passation d'un entretien à l'autre chez un même participant. Ces variations intra- et inter-sujet ont pu altérer l'homogénéité des données et donc, affecter la comparabilité des réponses. Dès lors, il est possible que certains écarts observés entre les deux passations d'un même participant résultent davantage de ces variations méthodologiques que de réelles évolutions des attitudes et représentations du participant. Pour limiter l'influence potentielle de cette limite, il serait pertinent, pour les recherches futures, de maintenir a minima le même mode de passation chez un même participant afin de limiter la variabilité intra-sujet.

La cinquième limite concerne la variabilité intra- et inter-examineur. Au cours de ce mémoire, nous avons progressivement acquis de l'expérience dans les tâches à réaliser (ex : transcription de disfluences, analyse des comportements concomitants, reformulation de questions ...). Cette progression a entraîné une variabilité intra-examineur, nos premières analyses étant moins précises que les suivantes. Une variabilité inter-examineur était également présente, notamment lors de l'évaluation des comportements concomitants, nos repères pouvant différer. De plus, les données de cette étude s'ajoutent à celles recueillies les années précédentes. Ce corpus de données implique donc différents examinateurs, ayant des niveaux d'expertise différents, ce qui augmente à nouveau la variabilité des scores attribués. Pour les recherches futures, il serait pertinent qu'un même expert récolte et analyse l'ensemble des données afin d'assurer une application homogène des critères d'évaluation.

La sixième limite concerne la compréhension d'énoncés. Certains énoncés étaient plus difficiles à comprendre et ont nécessité des reformulations, lesquelles variaient d'un entretien à l'autre, ce qui a pu introduire une certaine inconsistance. De plus, il est probable que les participants aient rencontré plus d'incompréhensions que celles que nous avons perçues, mais qu'ils n'aient pas osé les signaler. Cela a donc pu affecter la fiabilité des réponses recueillies. En outre, les participants, ayant complété l'échelle en autonomie, n'ont pas eu la possibilité de poser des questions en cas d'incompréhension. Une piste d'amélioration consisterait donc à limiter, dans

la mesure du possible, la compléction en autonomie, bien que ce mode de passation ait permis de maximiser les réponses. Par ailleurs, lors des entretiens, il serait nécessaire de toujours bien veiller à la bonne compréhension du participant.

La septième limite tient au fait que l'échantillon de parole recueilli pourrait ne pas refléter fidèlement la réalité objective du bégaiement des participants. En effet, comme le souligne la littérature, les facteurs de stress ont tendance à accentuer le bégaiement (Yairi & Ambrose, 2013) et sa fréquence peut être influencée par le stress et l'excitation (ASHA, s.d.). Ainsi, les problèmes techniques liés à la visioconférence et le fait de devoir se livrer à un interlocuteur inconnu ont probablement généré un stress supplémentaire, susceptible d'amplifier le bégaiement du participant. À l'inverse, le stress potentiel avait tendance à diminuer lorsque les participants nous étaient familiers ou appartenaient à une tranche d'âge proche de la nôtre. Bien que cette limite soit présente, elle reste difficile à contrôler. Il est toutefois possible d'essayer de minimiser son impact en mettant le participant à l'aise, afin de limiter tout stress supplémentaire.

La huitième limite concerne la durée du premier entretien. D'après notre expérience, cette limite s'adresse davantage aux enfants et aux adolescents. Au fil du premier entretien, nous avons observé des signes de fatigabilité et de lassitude. L'attention des participants semblait diminuer, ce qui a pu affecter les résultats des derniers questionnaires. Pour essayer de limiter ces effets, une idée serait de changer l'ordre de passation en intercalant la discussion et la lecture entre l'OASES et les différents questionnaires afin d'alléger la charge cognitive.

La neuvième limite concerne la présence des parents lors des entretiens avec les enfants. En effet, il est arrivé que certains enfants modifient leurs réponses en fonction de la réaction des parents ou bien que les parents interviennent pour diverses raisons durant l'entretien. Cette présence semble donc altérer l'authenticité des réponses données par l'EQB. Pour les recherches futures, il pourrait être pertinent de mener les entretiens sans la présence d'une tierce personne, afin d'éviter toute influence externe sur les réponses des EQB.

Enfin, la dernière limite identifiée concerne la co-occurrence des troubles. Certains participants présentaient à la fois un bégaiement et un TDAH. Bien que le bégaiement était le trouble principal, le TDAH peut avoir affecté certains résultats. En effet, dans le SSI-4, il peut être difficile de déterminer si les comportements concomitants relèvent du bégaiement ou du TDAH. Afin de mieux objectiver l'origine des comportements concomitants, il pourrait être pertinent de solliciter l'avis d'un expert du domaine.

CONCLUSION

Cette étude visait à poursuivre la validation des versions francophones des OASES-S, OASES-T et OASES-A. Elle s'inscrit dans une démarche clinique puisqu'elle permet d'objectiver la fiabilité et la validité de ces échelles étant déjà utilisées dans la pratique logopédique et évaluant l'impact du bégaiement sur la QDV des PQB. La validation a été poursuivie en intégrant les données de 38 nouveaux participants à celles récoltées précédemment. Sur base de l'ensemble des données, les propriétés psychométriques (consistance interne, fidélité test-retest et validité concourante) ont été investiguées, ainsi que les liens potentiels entre d'une part, la QDV et d'autre part, la sévérité du bégaiement objective et subjective, le vécu parental, l'effort dédié à la fluidité de la parole, la satisfaction liée à la parole et à la communication.

Les résultats indiquent que les trois versions francophones de l'OASES présentent une bonne consistance interne, malgré des scores plus faibles pour les sections I de l'OASES-S et de l'OASES-T. La fidélité test-retest apparaît bonne pour l'ensemble des données, à l'exception de la section I de l'OASES-A. La validité concourante s'avère modérée dans l'ensemble, bien que certaines corrélations apparaissent fortes, d'autres faibles, voire non significatives. Ces résultats pourraient s'expliquer par la taille de nos échantillons et la nature des questionnaires.

Nos analyses exploratoires montrent que la sévérité objective du bégaiement ne semble pas liée à la QDV. En revanche, cette dernière semble davantage liée à la sévérité du bégaiement évaluée de manière subjective par la PQB. Le vécu parental semble corrélé avec la QDV, de manière plus marquée chez les adolescents que chez les enfants. La QDV paraît en lien avec la satisfaction liée à la parole, et plus faiblement à l'effort dédié à la fluidité de la parole. Enfin, le lien entre la QDV et la satisfaction liée à la communication semble plus incertain, puisqu'il apparaît significatif chez les adolescents, mais non significatif chez les adultes. Bien qu'existant, ces différents liens sont modérés chez les enfants et les adolescents, et faibles chez les adultes. Ces résultats ont permis de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses exploratoires.

Compte tenu des limites identifiées, il semblerait pertinent lors de recherches futures d'ajuster la méthodologie, afin de réduire les biais potentiels.

En conclusion, cette étude fournit des résultats encourageants, suggérant que les trois versions francophones de l'OASES constituent des échelles fiables et valides.

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.
- American Speech-Language-Hearing Association. (s. d.). *Stuttering*.
<https://www.asha.org/public/speech/disorders/stuttering/>
- Andrews, G., & Cutler, J. (1974). Stuttering Therapy : The Relation between Changes in Symptom Level and Attitudes. *Journal Of Speech And Hearing Disorders*, 39(3), 312-319. <https://doi.org/10.1044/jshd.3903.312>
- 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>
- Bingol, H., Gunel, M. K., Sel, S. A., Burc, E., & Fidan, H. (2022). Validity and Reliability of the Turkish Version of the KIDSCREEN-27 for Individuals With Cerebral Palsy. *Perceptual And Motor Skills*, 130(1), 317-339. <https://doi.org/10.1177/00315125221136947>
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Brière, N. M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du " Satisfaction with Life Scale.". *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 21(2), 210.
- Bloodstein, O., Ratner, N. B., & Brundage, S. B. (2021). *A handbook on stuttering* (Vol. 1). Plural Publishing.
- 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>

- Boroń, A., Gurok, E., Kowalczyk, Ł., Kosacka, K., Węsierska, K. M., & 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).
- Boyle, M. P. (2013). Assessment of Stigma Associated With Stuttering : Development and Evaluation of the Self-Stigma of Stuttering Scale (4S). *Journal Of Speech Language And Hearing Research*, 56(5), 1517-1529. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2013/12-0280](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2013/12-0280)
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2024.106051>
- Bragatto, E. L., Osborn, E., Yaruss, J. S., Quesal, R., Schiefer, A. M., & Chiari, B. M. (2012). Brazilian version of the Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering - Adults protocol (OASES-A). *Jornal Da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 24(2), 145-151. <https://doi.org/10.1590/s2179-64912012000200010>
- Bramlett, R. E., Bothe, A. K., & Franic, D. M. (2006). Using Preference-Based Measures to Assess Quality of Life in Stuttering. *Journal Of Speech Language And Hearing Research*, 49(2), 381-394. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2006/030](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2006/030)
- Brocklehurst, P. H. (2013). Stuttering prevalence, incidence and recovery rates depend on how we define it : comment on Yairi & ; Ambrose' article Epidemiology of stuttering : 21st century advances. *Journal Of Fluency Disorders*, 38(3), 290-293. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.01.002>

Brousse, C., & Boisaubert, B. (2007). La qualité de vie et ses mesures. *La Revue de médecine interne*, 28(7), 458-462. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2007.02.010>

Brutten, G. J., & Dunham, S. L. (1989). The Communication Attitude Test: A normative study of grade school children. *Journal of Fluency Disorders*, 14(5), 371-377.

Brutten, G., & Shoemaker, D. (1974). Speech situation checklist. *Carbondale, IL: Speech Clinic, Southern Illinois University*.

Charlson, M. E., Carrozzino, D., Guidi, J., & Patierno, C. (2022). Charlson comorbidity index: a critical review of clinimetric properties. *Psychotherapy and psychosomatics*, 91(1), 8-35. <https://doi.org/10.1159/000521288>

Cook, D. A., & Beckman, T. J. (2006). Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application. *The American journal of medicine*, 119(2), 166-e7. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.10.036>

Cooper, E. B. (1976). *Personalized fluency control therapy: An integrated behavior and relationship therapy for stutterers*. Teaching Resources Corporation (100 Boylston St., Boston, Mass., 02116).

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *PubMed*, 1(1), 16-20. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16946807>

Costa, J. B., Ritto, A. P., Juste, F., Sassi, F. C., & de Andrade, C. R. F. (2022). Risk factors for the development of persistent stuttering: what every pediatrician should know. *International journal of environmental research and public health*, 19(9), 5225. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095225>

Craig, A., Blumgart, E., & Tran, Y. (2009). The impact of stuttering on the quality of life in adults who stutter. *Journal Of Fluency Disorders*, 34(2), 61-71. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.05.002>

Craig, A., & Tran, Y. (2014). Trait and social anxiety in adults with chronic stuttering: Conclusions following meta-analysis. *Journal of fluency disorders*, 40, 35-43.
<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2014.01.001>

Eggers, K., Millard, S., & Kelman, E. (2021). Temperament and the impact of stuttering in children aged 8–14 years. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 64(2), 417-432.
https://doi.org/10.1044/2020_jslhr-20-00095

Erickson, R. L. (1969). Assessing communication attitudes among stutterers. *Journal of Speech and Hearing Research*, 12(4), 711-724. <https://doi.org/10.1044/jshr.1204.711>

Formarier, M. (2007). La qualité de vie pour des personnes ayant un problème de santé. *Recherche en soins infirmiers*, 88(1), 3-3. <https://doi.org/10.3917/rsi.088.0003>

Franic, D. M., & Bothe, A. K. (2008). Psychometric evaluation of condition-specific instruments used to assess health-related quality of life, attitudes, and related constructs in stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 17(1), 60-80. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2008/006](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2008/006)

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>

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/Revue canadienne des sciences du comportement*, 44(2), 99. <https://doi.org/10.1037/a0026249>

Horton, S., Jackson, V., Boyce, J., Franken, M., Siemers, S., St John, M., Hearps, S., Van Reyk, O., Braden, R., Parker, R., Vogel, A. P., Eising, E., Amor, D. J., Irvine, J., Fisher, S. E., Martin, N. G., Reilly, S., Bahlo, M., Scheffer, I., & Morgan, A. (2023). Self-Reported Stuttering Severity

Is Accurate : Informing Methods for Large-Scale Data Collection in Stuttering. *Journal Of Speech Language And Hearing Research*, 67(10S), 4015-4024. https://doi.org/10.1044/2023_jslhr-23-00081

Huebner, E. S. (1991). Initial development of the student's life satisfaction scale. *School Psychology International*, 12(3), 231-240. <https://doi.org/10.1177/0143034391123010>

Hugh-Jones, S., & Smith, P. K. (1999). Self-reports of short- and long-term effects of bullying on children who stammer. *British Journal Of Educational Psychology*, 69(2), 141-158. <https://doi.org/10.1348/000709999157626>

Huinck, W., & 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

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., Jones, M., O'Brian, S., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., Hewat, S., Cream, A., Menzies, R. G., Packman, A., & Onslow, M. (2009a). The relationship between mental health disorders and treatment outcomes among adults who stutter. *Journal Of Fluency Disorders*, 34(1), 29-43. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.02.002>

Iverach, L., O'Brian, S., Jones, M., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., Hewat, S., Menzies, R. G., Packman, A., & Onslow, M. (2009b). Prevalence of anxiety disorders among adults seeking

- speech therapy for stuttering. *Journal Of Anxiety Disorders*, 23(7), 928-934. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.06.003>
- Jones, M. L., Menzies, R. G., Onslow, M., Lowe, R., O'Brian, S., & Packman, A. (2021). Measures of psychological impacts of stuttering in young school-age children: A systematic review. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 64(6), 1918-1928. https://doi.org/10.1044/2021_jslhr-20-00455
- Karimi, H., 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>
- Kefalianos, E., Onslow, M., Ukoumunne, O., Block, S., & Reilly, S. (2014). Stuttering, Temperament, and Anxiety : Data From a Community Cohort Ages 2–4 Years. *Journal Of Speech Language And Hearing Research*, 57(4), 1314-1322. https://doi.org/10.1044/2014_jslhr-s-13-0069
- Koedoot, C., Versteegh, M., & Yaruss, J. S. (2011). Psychometric evaluation of the Dutch translation of the Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering for adults (OASES-AD). *Journal of Fluency Disorders*, 36(3), 222-230. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.03.002>
- 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-SD). *Journal of fluency disorders*, 45, 27-37. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2015.05.003>
- Laurencelle, L. (2021). L'alpha de Cronbach, ses émules, la consistance interne, la délité: une mise au point. *Quant. Methods Psychol*, 17, 46-50. <https://doi.org/10.20982/tqmp.17.1.p046>

- Lindström, E., Nilsson, E., Nilsson, J., Schödin, I., Strömberg, N., Österberg, S., Yaruss, J. S., & Samson, I. (2020). Swedish outcomes of the Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering in an international perspective. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 45(4), 181-189. <https://doi.org/10.1080/14015439.2019.1695930>
- Ma, Y., Oxley, J. D., Yaruss, J. S., & Tetnowski, J. A. (2023). Stuttering experience of people in China : A cross-cultural perspective. *Journal Of Fluency Disorders*, 77, 105994. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2023.105994>
- Mahesh, S., Pushpavathi, M., Seth, D., Saravanan, S., & Yaruss, J. S. (2023). Adaptation and Validation of Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering for Adults in Kannada (OASES-A-K). *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 76(1), 30-38. <https://doi.org/10.1159/000531048>
- Manning, W., & Beck, J. G. (2013). Personality dysfunction in adults who stutter : Another look. *Journal Of Fluency Disorders*, 38(2), 184-192. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.02.001>
- Messenger, M., Packman, A., Onslow, M., Menzies, R., & O'Brian, S. (2015). Children and adolescents who stutter : Further investigation of anxiety. *Journal Of Fluency Disorders*, 46, 15-23. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2015.07.006>
- Millard, S. K., & Davis, S. (2016). The Palin Parent Rating Scales : Parents' Perspectives of Childhood Stuttering and Its Impact. *Journal Of Speech Language And Hearing Research*, 59(5), 950-963. https://doi.org/10.1044/2016_jslhr-s-14-0137
- Monseur, C. (2019). Introduction à la psychométrie [PowerPoint slides]. Retrieved from ULiège, bachelier en logopédie, <https://www.ecampus.uliege.be>
- O'Brian, S., Carey, B., Lowe, R., Onslow, M., Packman, A., & Cream, A. (2018). The camperdown program stuttering treatment guide. *Sydney: University of Technology Sydney*.

- O'Brian, S., Carey, B., Hearne, A., Lowe, R., Onslow, M., & Packman, A. (2024). *The Camperdown Program: Treatment guide* (Version 4.0).
<https://www.uts.edu.au/globalassets/sites/default/files/2024-07/camperdown-program-treatment-guide-2024-07-09.pdf>
- Onslow, M., Packman, A., & Harrison, R. E. (2003). *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention : A Clinician's Guide*. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BB08955121>
- Onslow, M., Webber, M., Harrison, E., Arnott, S., Bridgman, K., Carey, B., Sheedy, S., O'Brian, S., MacMillan, V., Lloyd, W., & Hearne, A. (2024). *The Lidcombe Program: Treatment guide* (Version 1.6).
<https://www.uts.edu.au/sites/default/files/2024-02/Lidcombe%20Program%20Treatment%20Guide%20v1.6%202024-02-28.pdf>
- Perales, J., Cosco, T. D., Stephan, B. C., Haro, J. M., & Brayne, C. (2013). Health-related quality-of-life instruments for Alzheimer's disease and mixed dementia. *International Psychogeriatrics*, 25(5), 691-706. <https://doi.org/10.1017/s1041610212002293>
- Perez, H. R., & Stoeckle, J. H. (2016). Stuttering : Clinical and research update. *PubMed*, 62(6), 479-484. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27303004>
- Rana, H. J., Kausar, R., & Khan, N. (2022). Social Anxiety and Quality of Life : Mediating Role of Stigma Perception in Individuals Who Stutter. *NUST Journal Of Social Sciences And Humanities*, 7(2), 232-246. <https://doi.org/10.51732/njssh.v7i2.92>
- Rifaie, N. (1999). Arabicizing and standardizing the Stuttering Severity Instrument (SSI) on the Arabic environment. *Ain Shams Med J*, 50, 7-9.
- 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

- Riley, J., Riley, G., & Maguire, G. (2004). Subjective Screening of Stuttering severity, locus of control and avoidance : research edition. *Journal Of Fluency Disorders*, 29(1), 51-62. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2003.12.001>
- 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 Phoniatrica et Logopaedica*, 72(6), 478-486. <https://doi.org/10.1159/000504221>
- 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., & Queremont, E. (2014). The self-report Version of the LSAS-CA : Psychometric Properties of the French Version in a non-clinical adolescent sample. *Psychologica Belgica*, 54(2), 181-198. <https://doi.org/10.5334/pb.al>
- Schober, P., Boer, C., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation coefficients: appropriate use and interpretation. *Anesthesia & analgesia*, 126(5), 1763-1768. <https://doi.org/10.1213/ane.0000000000002864>
- Singer, C. M., Hessling, A., Kelly, E. M., Singer, L., & Jones, R. M. (2020). Clinical characteristics associated with stuttering persistence: A meta-analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 63(9), 2995-3018. https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-20-00096

Smith, K. A., Iverach, L., O'Brian, S., Kefalianos, E., & Reilly, S. (2014). Anxiety of children and adolescents who stutter: A review. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 22-34. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2014.01.003>

Souza, A. C. D., Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. D. B. (2017). Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiologia e servicos de saude*, 26, 649-659. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>

St Clare, T., Menzies, R. G., 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 & communication disorders*, 44(3), 338-351.

Vanryckeghem, M., & Brutten, G. J. (2012). A comparative investigation of the BigCAT and Erickson S-24 measures of speech-associated attitude. *Journal Of Communication Disorders*, 45(5), 340-347. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2012.06.001>

Varni, J. W., Seid, M., & Rode, C. A. (1999). The PedsQL™ : Measurement Model for the Pediatric Quality of Life Inventory. *Medical Care*, 37(2), 126-139. <https://doi.org/10.1097/00005650-199902000-00003>

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. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2023.105991>

Woolf, G. (1967). Perception of Stuttering Inventory (PSI). The assessment of stuttering as struggle, avoidance, and expectancy. *British Journal of Disorders of Communication*, 2, 158-171.

World Health Organization. (s.d.). WHODAS 2.0 translation package (version 1.0). <https://terrance.who.int/mediacentre/data/WHODAS/Guidelines/WHODAS%202.0%20Translation%20guidelines.pdf>

- Yadegari, F., Shirazi, T. S., Howell, P., Nilipour, R., Shafiei, M., Shafiei, B., Ilkhani, Z., Satarian, F., Jafari, N., Quesal, R. W., & Yaruss, J. S. (2018). Persian Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering for Adults : the Impact of Stuttering on the Persian-Speaking Adults Who Stutter. *Iranian Rehabilitation Journal*, 131-138. <https://doi.org/10.32598/irj.16.2.131>
- Yairi, E., & Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of fluency disorders*, 38(2), 66-87. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.11.002>
- 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., & 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 of Stuttering (OASESTM) technical/scoring manual. In *Overall Assessment of the Speaker's Experience Stuttering*. Stuttering Therapy Ressources.
- Yun, V. W. S., Ulang, N. M., & Husain, S. H. (2023). Measuring the Internal Consistency and Reliability of the Hierarchy of Controls in Preventing Infectious Diseases on Construction Sites: The Kuder-Richardson (KR-20) and Cronbach's Alpha. *Journal of Advanced Research in Applied Sciences and Engineering Technology*, 33(1), 392-405. <https://doi.org/10.37934/araset.33.1.392405>

ANNEXES

Annexe A : Troubles de la santé mentale et bégaiement

Iverach et al. (2009a) ont démontré que la capacité à maintenir les bénéfices à moyen terme du traitement de restructuration de la parole chez les PQB diminue à mesure que le nombre de troubles de santé mentale augmente.

Pour rappel, le traitement de restructuration de la parole vise à réduire la fréquence du bégaiement et à améliorer la fluidité de la parole en modifiant la manière de parler. Pour ce faire, les patients apprennent à utiliser des techniques spécifiques. Parmi celles-ci, il existe notamment la parole prolongée, qui consiste à allonger le temps de chaque syllabe/mot afin de ralentir le rythme de la parole et ainsi réduire les tensions provoquant le bégaiement (Iverach et al., 2009a).

Compte tenu du lien mis en évidence par Iverach et al. (2009a), le traitement des problèmes émotionnels et psychologiques, avant le début du traitement de restructuration de la parole, pourrait donc promouvoir de meilleurs résultats en matière de fluidité et de fonctionnement psychologique.

- Un nombre croissant de troubles de santé mentale, quels qu'en soit le type (troubles de la personnalité, troubles anxieux et troubles de l'humeur), est lié à un évitement accru de situations de parole, tant immédiatement après le traitement que six mois plus tard.
- Une augmentation du nombre de troubles de santé mentale est associée à des résultats de traitement moins favorables, tant à court terme qu'à moyen terme, en ce qui concerne le pourcentage de syllabes bégayées.
- Ces troubles de la santé mentale (troubles de la personnalité, troubles anxieux et troubles de l'humeur) étaient également liés à une auto-évaluation plus élevée de la sévérité du bégaiement en pré-traitement.
- Les AQB cherchant un traitement de restructuration de la parole avaient un taux substantiel de troubles d'anxiété, de l'humeur et de la personnalité

Annexe B : Troubles de la personnalité et bégaiement

Les résultats présents dans la littérature au sujet des troubles de la personnalité chez les PQB se contredisent. Pour illustrer cette affirmation, deux études sont présentées.

La première, celle de Manning et Beck (2013), vise à évaluer la présence de troubles de la personnalité chez des AQB suivant actuellement un traitement pour leur bégaiement. L'étude inclut 50 participants anglophones, majoritairement des hommes, âgés de 18 à 71 ans. L'OASES, le SSI-3, donnant des informations sur la sévérité du bégaiement, et l'ADP-IV, questionnaire auto-administré mesurant les traits et les troubles de la personnalité selon le DSM-IV, ont été utilisés. Il en ressort que 4 participants répondent aux critères d'un trouble de la personnalité. Un seul répond à la présence de deux troubles de la personnalité, tandis que les 45 autres ne remplissent pas les critères diagnostiques pour conclure à un quelconque trouble de la personnalité. Les troubles observés sont les troubles schizotypique, évitant, obsessionnel compulsif et borderline (ce dernier étant le plus fréquent).

La seconde étude, menée par Iverach et al. (2009b), visait à dépister les troubles de la personnalité chez des AQB, tout en comparant leurs résultats à ceux d'un groupe témoin (920 personnes appariées selon l'âge et le genre). L'échantillon expérimental comprenait 94 AQB anglophones, majoritairement des hommes âgés de 18 à 73 ans, étant à la recherche d'un suivi logopédique et n'ayant suivi aucun traitement pour leur bégaiement durant les 6 derniers mois. Parmi les 94 AQB, 92 ont rempli le questionnaire de dépistage des troubles de la personnalité (IPEQ), permettant de dépister 9 troubles de la personnalité selon la CIM-10. Les résultats ont révélé une prévalence significativement plus élevée des troubles de la personnalité chez les AQB, avec une probabilité presque triplée par rapport au groupe témoin. Plus précisément, 64,13 % des AQB répondaient aux critères d'au moins un trouble de la personnalité, et 43,44 % à deux ou plus. Les troubles les plus fréquents étaient les troubles anxieux, paranoïaques et impulsifs. Ces résultats mettent en évidence une prédisposition des AQB à présenter un trouble de la personnalité. Les auteurs ont donc conclu que les PQB ont un risque accru de développer un trouble de la personnalité. Cette vulnérabilité pourrait être en partie attribuée aux expériences négatives qui se produisent depuis l'enfance (Bloodstein, 1995 ; Brown, 1932 ; Craig, 1990 ; Goodstein, 1958 ; Johnson & Knott, 1955, cités par Iverach et al., 2009b). Notons que la présence de plus d'un trouble de la personnalité est souvent associée à une plus faible QDV (Cramer, Torgersen & Kringlen, 2006, cités par Iverach et al., 2009b).

Selon Manning et Beck (2013), les divergences de résultats s'expliquent probablement par le choix de l'instrument de mesure. L'ADP-IV utilisé, par Manning et Beck (2013), évalue à la fois les traits de la personnalité et le niveau de détresse, d'altération du fonctionnement associé, tandis que l'IPDEQ est un outil de dépistage de premier niveau. Il tend donc à surestimer la prévalence des troubles de la personnalité, puisque dans la pratique réelle, un entretien clinique suit l'administration de ce questionnaire et vise à affiner le diagnostic.

Bien que certaines études indiquent une prévalence élevée de troubles de la personnalité chez les PQB, il est important de rester attentif dans notre manière de penser. En effet, les considérer comme des personnes souffrant d'une altération de la personnalité risque d'alimenter le stigmate selon lequel elles souffriraient de graves problèmes psychologiques. Une telle représentation pourrait avoir des conséquences cliniques et sociétales, en influençant la manière dont elles sont perçues (Manning & Beck, 2013). Cela souligne donc à nouveau l'impact que peut avoir la stigmatisation chez les PQB, comme nous l'avions déjà mis en avant dans la section « Stigmatisation ».

Annexe C : Questionnaires évaluant la qualité de vie

Nous détaillons ci-dessous quelques exemples non exhaustifs d'échelles existant avant la création de l'OASES et évaluant des concepts proches de la QDV spécifiquement chez les PQB.

- Le « Perceptions of Stuttering Inventory » (PSI, Woolf, 1967) permet d'évaluer trois dimensions du bégaiement, à savoir les comportements de lutte (ex : « répéter un son ou mot avec effort »), d'évitement (ex : « éviter l'utilisation du téléphone ») et d'anticipation (ex : « s'attendre à ce que certains sons, lettres ou mots soient particulièrement « difficiles » à prononcer ») (Bloodstein et al., 2021).
- Le « Communication Attitude Test » (CAT, Brutten & Dunham, 1989) est une auto-évaluation de la parole permettant aux EQB d'évaluer à la fois les pensées, croyances et attitudes qu'ils ont envers la communication (Jones et al., 2021).
- La « Speech Situations Checklist » (SSC, Brutten & Shoemaker, 1974) permet aux PQB de jauger leurs réactions émotionnelles et les plausibles perturbations présentes dans leur discours (Franic & Bothe, 2008).
- Le « Subjective Screening of Stuttering » (SSS, Riley et al., 2004) permet une auto-évaluation de la PQB dans trois domaines, à savoir « la sévérité perçue du bégaiement, le niveau de locus de contrôle interne ou externe et l'évitement de mots ou de situations rapportées ».

Annexe D : Traductions supplémentaires de l’OASES-A

Freud et al. (2017) ont réalisé des analyses complémentaires auprès des AQB hébreux. Des corrélations de Pearson ont été calculées entre les scores des différentes sections de l’OASES-A et d’une part, le genre et d’autre part, l’âge. Les corrélations pour le genre ne sont pas significatives. En revanche, les corrélations entre l’âge et les sections III, IV et le score d’impact total de l’OASES sont significatives et faibles ($r = -.35$ à $-.33$, $p < .01$).

Nonante-deux AQB iraniens âgés de 18 à 46 ans ont complété la version perse de l’OASES (Yadegari et al., 2018). Tout comme dans les versions anglophones (USA), australienne et japonaise, la section II a obtenu le score d’impact le plus élevé. Les alphas de Cronbach ont été utilisés pour mesurer la consistance interne de chaque section (allant de .88 à .97). De plus, un coefficient de corrélation intra-classe vient examiner la fidélité test-retest (allant de .81 à .96, $p < .001$).

Lindström et al. (2020) ont administré la traduction suédoise de l’OASES à 80 adultes, âgés de 18 à 84 ans. L’alpha de Cronbach de chaque section, évaluant la consistance interne, est supérieur à .90, à l’exception de celui de la section I ($\alpha = .89$). Les scores des sections II, III et IV et de l’impact total sont significativement inférieurs aux scores des versions anglophone (USA), australienne et japonaise, tandis qu’il n’y a pas de différence significative avec les versions néerlandaise et israélienne. Les auteurs précisent, néanmoins, que les scores de chaque section et du score d’impact total correspondent tous à un taux d’impact « modéré ».

La version chinoise de l’OASES-A a été traduite et validée par Tsao et al. en 2023. Toutefois, l’article n’a pas été publié (Tsao et al., 2023, cités par Ma et al., 2023). Les données concernant la fiabilité et la validité de ce questionnaire ne sont donc pas renseignées ici. Ma et al. (2023) ont utilisé la version chinoise simplifiée de l’OASES-A (OASES-A-SC) puisqu’ils s’intéressaient aux études réalisées précédemment sur la culture chinoise et sa vision du bégaiement. Les auteurs parlent notamment de Zhang (2010), qui a remarqué dans son étude, que les foyers chinois et afro-américains avaient moins de tolérance (ou plus d’attitudes négatives) envers le bégaiement, en comparaison des foyers de culture euro-américaine. Lors de l’analyse des scores d’impact, leur hypothèse concernant une différence avec les versions anglophone (USA) ($t = 8.036$, $p < .001$), australienne ($t = 8.099$, $p < .001$), néerlandaise ($t = 11.669$, $p < .001$), suédoise ($t = 10.095$, $p < .001$) et japonaise ($t = 5.254$, $p < .001$) a été vérifiée, à l’exception de la section III, pour laquelle aucune différence significative n’a été observée avec la version anglophone. Les scores d’impact des sections I, II et IV sont considérés

comme « modérés à sévères ». Il est à noter que plus de 55% des PQB de l'échantillon n'ont pas eu de suivi logopédique.

La traduction vers le kannada, langue parlée dans une région de l'Inde, a été réalisée auprès de 51 AQB âgés de 18 à 57 ans (Mahesh et al., 2023). En raison de la pandémie COVID-19, un nouveau mode de passation a été introduit, à savoir l'évaluation en visioconférence. La seconde passation se réalisait 1 à 3 semaines après la première, tout comme lors de la validation arabe de l'OASES-A. La fidélité test-retest a été évaluée au moyen de corrélations de Pearson (allant de .77 à .93, $p < .01$), puis au moyen d'un test t pairé qui n'a relevé aucune différence significative entre les deux passations ($t = 1.22$, $p = .25$). Les données obtenues pour la consistance interne (variant entre .83 et .97), la fidélité test-retest et la validité de construit ($r > 0.5$, $p < .001$) permettent d'attester que la version de l'OASES en kannada est un outil fiable et valide. En raison de l'absence de tests normés en kannada, évaluant des concepts similaires, la validité concourante n'a pas été évaluée. Il est important de souligner que la culture indienne pourrait différer des autres cultures présentées dans les versions déjà validées de l'OASES-A. En effet, les items de la section II, relatifs au succès académique et vocationnel, présentent un effet plafond. Ceci montre l'importance de la parole fluide dans la culture indienne lors de la période des apprentissages et du travail par la suite (Mahesh et al., 2023).

Annexe E : Tableaux supplémentaires des analyses statistiques

Tableau 14. Moyennes (M) et écarts-types (ET) des scores obtenus à la première et à la deuxième passation de l'OASES-S et corrélations de Spearman

Sections	1 ^{ère} passation	2 ^{ème} passation	Fidélité test-retest
	M (ET)	M (ET)	(N = 49)
Section I	2.75 (0.48)	2.70 (0.54)	$r_S = .71^{***} (p < .0001)$
Section II	2.10 (0.57)	1.96 (0.57)	$r_S = .76^{***} (p < .0001)$
Section III	1.87 (0.54)	1.84 (0.58)	$r_S = .83^{***} (p < .0001)$
Section IV	1.68 (0.59)	1.57 (0.56)	$r_S = .79^{***} (p < .0001)$
Total	2.13 (0.43)	2.06 (0.46)	$r_S = .88^{***} (p < .0001)$

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

Tableau 15. 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	Section II	Section III	Section IV	Total
SSI-4 (N = 36)	$r_S = -.06$ $p = .74$	$r_S = .24$ $p = .15$	$r_S = .07$ $p = .69$	$r_S = .18$ $p = .28$	$r_S = .18$ $p = .29$
Lidcombe (participant : discussion) (N = 51)					$r_S = .17$ $p = .24$
Lidcombe (participant : général) (N = 52)					$r_S = .33^*$ $p = .018$
Lidcombe (parent : général) (N = 45)					$r_S = .05$ $p = .73$
Lidcombe (logopède : discussion) (N = 37)					$r_S = -.07$ $p = .68$

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

Tableau 16. Corrélations de Spearman entre les différentes sections du PPRS et de l'OASES-S

Sections	PPRS	PPRS	PPRS
	section 1	section 2	section 3
	(N = 53)	(N = 53)	(N = 53)
Section II	$r_S = -.52^{***}$ $p < .0001$		
Section III		$r_S = -.19$ $p = .18$	
Section IV			$r_S = .02$ $p = .86$

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

Tableau 17. Moyennes (M) et écarts-types (ET) des scores obtenus à la première et à la deuxième passation de l'OASES-T et corrélations de Spearman

Sections	1 ^{ère} passation	2 ^{ème} passation	Fidélité test-retest
	M (ET)	M (ET)	(N = 21)
Section I	2.83 (0.54)	2.71 (0.55)	$r_S = .82^{***} (p < .0001)$
Section II	2.67 (0.65)	2.59 (0.62)	$r_S = .87^{***} (p < .0001)$
Section III	2.45 (0.66)	2.41 (0.62)	$r_S = .83^{***} (p < .0001)$
Section IV	2.12 (0.74)	2.07 (0.73)	$r_S = .87^{***} (p < .0001)$
Total	2.51 (0.61)	2.44 (0.57)	$r_S = .89^{***} (p < .0001)$

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

Tableau 18. Corrélations de Pearson entre les scores obtenus à l'OASES-T et les scores obtenus au SSI-4 d'une part, et corrélations de Spearman entre les différentes évaluations obtenues à l'échelle Camperdown et le score total de l'OASES-T, d'autre part

OASES-T	Section I	Section II	Section III	Section IV	Total
SSI-4 ($N = 15$)	$r = -.11$ $p = .63$	$r = -.05$ $p = .82$	$r = -.19$ $p = .43$	$r = -.26$ $p = .26$	$r = -.17$ $p = .49$
Camperdown (participant : discussion) ($N = 18$)					$r_S = .47$ $p = .05$
Camperdown (participant : général) ($N = 24$)					$r_S = .45^*$ $p = .029$
Camperdown (parent : général) ($N = 21$)					$r_S = .18$ $p = .44$
Camperdown (logopède : discussion) ($N = 21$)					$r_S = .13$ $p = .59$

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

Tableau 19. Corrélations de Bravais-Pearson entre les différentes sections du PPRS et de l'OASES-T

Sections	PPRS	PPRS	PPRS
	section 1 ($N = 21$)	section 2 ($N = 21$)	section 3 ($N = 21$)
Section II	$r_S = -.61^{**}$ $p = .0030$		
Section III		$r_S = -.43$ $p = .052$	
Section IV			$r_S = -.19$ $p = .41$

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

Tableau 20. Moyennes (M) et écarts-types (ET) des scores obtenus à la première et à la deuxième passation de l’OASES-A et corrélations de Spearman

Sections	1 ^{ère} passation M (ET)	2 ^{ème} passation M (ET)	Fidélité test-retest (N = 21)
Section I	2.83 (0.54)	2.71 (0.55)	$r_S = .82^{***} (p < .0001)$
Section II	2.67 (0.65)	2.59 (0.62)	$r_S = .87^{***} (p < .0001)$
Section III	2.45 (0.66)	2.41 (0.62)	$r_S = .83^{***} (p < .0001)$
Section IV	2.12 (0.74)	2.07 (0.73)	$r_S = .87^{***} (p < .0001)$
Total	2.51 (0.61)	2.44 (0.57)	$r_S = .89^{***} (p < .0001)$

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

Tableau 21. Corrélations de Pearson entre les scores obtenus à l’OASES-A et les scores obtenus au SSI-4 d’une part, et corrélations de Spearman entre les différentes évaluations à l’échelle Camperdown, d’autre part

OASES-A	Section I	Section II	Section III	Section IV	Total
SSI-4 (N = 61)	$r = -.003$ $p = .98$	$r = .09$ $p = .48$	$r = .27^*$ $p = .03$	$r = -.01$ $p = .93$	$r = .12$ $p = .35$
Camperdown (participant : discussion) (N = 62)					$r_S = .29^*$ $p = .023$
Camperdown (participant : général) (N = 64)					$r_S = .49^{***}$ $p < .0001$
Camperdown (logopède : discussion) (N = 62)					$r_S = .031$ $p = .81$

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

Annexe F : Implication respective dans la réalisation de ce mémoire

Tout au long de ce mémoire, nous avons veillé à répartir le travail de la manière la plus équitable possible (55 % Eugénie, 45 % Clément). Nous nous sommes répartis les différents domaines de la littérature qui nous semblaient pertinents pour la réalisation de ce mémoire. Eugénie s'est principalement consacrée aux deux premiers points de notre revue de la littérature, à savoir celui relatif au bégaiement et celui relatif à la qualité de vie. Clément a détaillé le troisième point, à savoir celui concernant l'OASES.

Nous avons travaillé par le biais d'un document partagé, dans l'objectif de pouvoir améliorer réciproquement nos rédactions, de se suggérer des pistes d'amélioration (reformulations, approfondissements, questionnements) et d'échanger autour des interrogations soulevées lors de nos lectures.

Lors du processus de recrutement, nous nous sommes divisés les contacts. Lorsque nous recrutions, un nouveau participant, l'un de nous le contactait, selon le nombre de personnes déjà recrutées, afin que nos échantillons soient égaux. Il en va de même pour les relances auprès des logopèdes belges et françaises.

Eugénie a réalisé l'ensemble des analyses statistiques, rédigé une première version des hypothèses, de la méthodologie, des résultats, de la discussion, ainsi que de la conclusion et du résumé. Elle a également vérifié les différentes données et poursuivi la rédaction des sections tout le long du travail. Clément a enrichi progressivement ces sections, réalisé les tableaux, vérifié l'encodage des données et pris en charge la mise en page.

Tout au long de ce mémoire, toutes les décisions ont été prises ensemble, dans un esprit de collaboration. Ce mémoire est une version aboutie d'un travail enrichissant, rigoureux et complémentaire.

RÉSUMÉ

Introduction : Le bégaiement est un trouble de la communication altérant la fluidité de la parole (Craig & Tran, 2014). Il présente une base génétique (Yairi & Ambrose, 2013) et se manifeste par des disfluences (Yairi & Ambrose, 2013), mais ne se limite pas à celles-ci. En effet, ce trouble peut avoir de nombreux retentissements sur la vie de la personne qui bégaiet, dont l'impact sur sa qualité de vie (Craig et al., 2009). L'évaluation de cet impact est donc essentielle pour pouvoir proposer une prise en charge adaptée. À ce jour, aucune échelle validée en français ne permet de mesurer cet impact, contrairement à l'*« Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering »* (OASES), disponible en anglais. Ce mémoire a donc pour objectif 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. L'étude vise plus précisément à évaluer les propriétés psychométriques de ces trois versions et à tester différentes hypothèses relatives à l'impact du bégaiement sur la qualité de vie des personnes qui bégaiencent.

Méthodologie : Pour mener à bien cette étude, un recrutement a été réalisé en France et en Wallonie auprès de la population cible. Les données récoltées ont été ajoutées à celles des années précédentes. L'échantillon total se compose de 54 enfants, 27 adolescents et 66 adultes. Chaque participant a pris part à un ou deux entretiens, réalisés en présentiel, en distanciel ou en autonomie. Le premier comprenait une discussion, une lecture et une administration de différentes questionnaires, dont l'OASES, afin d'étudier la validité concourante et nos hypothèses exploratoires. Le second entretien permettait, quant à lui, d'étudier la fidélité test-retest de l'OASES.

Résultats : Globalement, les résultats obtenus indiquent que les trois versions francophones de l'OASES présentent à la fois une bonne consistance interne et une bonne fidélité test-retest. La validité concourante demeure globalement modérée, avec des forces de corrélations plus variables. Cela peut probablement s'expliquer par la taille de nos échantillons et la nature des questionnaires. Enfin, nos résultats soutiennent plusieurs de nos hypothèses exploratoires, révélant des liens modérés chez les enfants et les adolescents et des liens faibles chez les adultes.

Conclusion : Cette étude fournit des résultats encourageants, suggérant que les trois versions francophones de l'OASES constituent des échelles fiables, bien que différentes limites aient été soulignées. La poursuite de la validation de ces échelles pourrait s'avérer intéressante pour obtenir des résultats encore plus fiables et valides.