

Consensus des Recommandations pour l'Évaluation des Personnes qui Bégaiement Tout au Long de la Vie

Shelley B. Brundage,^a Nan Bernstein Ratner,^b Michael P. Boyle,^c Kurt Eggers,^{d,e}

Rachel Everard,^f Marie-Christine Franken,^g Elaina Kefalianos,^{h,i} Anne K. Marcotte,^j

Sharon Millard,^k Ann Packman,^l Martine Vanryckeghem,^m and J. Scott Yarussⁿ

Objectif : Ce projet visait à élaborer des lignes directrices consensuelles pour des procédures d'évaluation complètes et cliniquement significatives auprès des personnes qui bégaiement tout au long de leur vie.

Méthode : Douze cliniciens et chercheurs experts qui ont amplement contribué à la recherche sur le bégaiement ont fourni des descriptions détaillées du type de données qu'ils recueillent systématiquement lors des évaluations diagnostiques des enfants d'âge préscolaire, des enfants d'âge scolaire, des adolescents et des adultes qui bégaiement. Une analyse de contenu itérative, avec des commentaires répétés des répondants, a été utilisée pour identifier les domaines fondamentaux qui reflètent les thèmes communs que ces experts jugent importants pour l'évaluation du bégaiement dans différents groupes d'âge.

Résultats : Six domaines fondamentaux ont été identifiés comme des composantes essentielles d'une évaluation complète du bégaiement et des personnes qui bégaiement. Ces domaines doivent être inclus à des degrés divers selon l'âge et les besoins du patient ou de sa famille. Les domaines fondamentaux sont les suivants : (a) informations générales sur le bégaiement ; (b) développement de la parole, du langage et du tempérament (en particulier pour les patients les plus jeunes) ; (c) fluence verbale et comportements de bégaiement ; (d) réactions du locuteur au bégaiement ; (e) réactions des personnes de l'environnement du locuteur au bégaiement ; et (f) répercussions négatives résultant du bégaiement.

Discussion : Ces recommandations consensuelles peuvent aider les orthophonistes qui ne sont pas sûrs des procédures appropriées d'évaluation du bégaiement à concevoir et à réaliser des bilans plus approfondis, afin qu'ils soient mieux préparés à fournir un traitement individualisé et complet aux personnes qui bégaiement tout au long de leur vie.

a Department of Speech, Language & Hearing Sciences, George Washington University, Washington, DC

b Department of Hearing and Speech Sciences, University of Maryland, College Park

c Department of Communication Sciences and Disorders, Montclair State University, Bloomfield, NJ

d Speech-Language Pathology & Audiology, Thomas More University, Antwerp, Belgium

e Speech-Language Pathology, University of Turku, Finland fCity Lit, London, United Kingdom

g Department of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery, Erasmus University Medical Center, Rotterdam, the Netherlands

h Department of Audiology and Speech Pathology, The University of Melbourne, Parkville, Victoria, Australia

i Speech & Language Group, Murdoch Children's Research Institute, Parkville, Victoria, Australia

j Department of Communication Sciences and Special Education, University of Georgia, Athens

k The Michael Palin Centre for Stammering Children, London, United Kingdom

l Australian Stuttering Research Centre, University of Technology Sydney, New South Wales, Australia

m Department of Communication Sciences and Disorders, University of Central Florida, Orlando

n Department of Communicative Sciences & Disorders, Michigan State University, East Lansing

Correspondance avec Shelley B. Brundage :

brundage@gwu.edu

Rédacteur en chef : Erinn H Finke

Rédactrice en chef : Nancy E. Hall

Réception le 14 avril 2021

Révision reçue le 2 juin 2021

Accepté le 2 juin 2021

https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-21-00107

Traduction française : Clément Aunis-Oumghar (Université Picardie Jules Verne, Amiens, France)

De nombreux orthophonistes ne se sentent pas suffisamment en confiance en ce qui concerne leur capacité à aider les personnes qui bégaiement (par ex, Briley, 2018 ; Brisk et al., 1997 ; Byrd et al., 2020 ; Cooper & Rustin, 1985 ; Crichton-Smith et al., 2003), un obstacle qui peut entraîner des répercussions négatives sur les interventions cliniques (Millard & Cook, 2010 ; Siegel, 1982). Un certain nombre de facteurs qui peuvent expliquer ce malaise ou ce manque de confiance ont été identifiés, notamment l'absence de formation spécialisée dans le bégaiement, le manque d'opportunités de mise en pratique clinique dans les programmes d'études supérieures, le faible nombre de patients qui bégaiement, et l'incertitude quant aux méthodes cliniques appropriées pour évaluer et traiter le bégaiement (par exemple, Eggers & Leahy, 2011 ; Kelly et al., 1997 ; Mallard et al., 1988 ; Sommers & Caruso, 1995 ; Tellis et al., 2008 ; Yaruss, 1999 ; Yaruss et al, 2017 ; Yaruss & Quesal, 2002).

Un moyen pour les cliniciens de surmonter ces difficultés est de suivre des directives claires provenant de sources fiables. Des recommandations similaires ont été publiées pour d'autres troubles de la communication et de la déglutition (Cunningham et al., 2019 ; Espitalier et al., 2018 ; Kempster et al., 2009 ; Mei et al., 2018 ; Patel et al., 2018). Cette approche est toutefois difficile dans le cas du bégaiement, en raison des nombreuses opinions et philosophies différentes sur la nature, l'évaluation et le traitement du bégaiement. Par exemple, les manuels de bégaiement couramment utilisés (par exemple, Guitar, 2019 ; Logan, 2020 ; Manning & DiLollo, 2018 ; Shapiro, 2011 ; Yairi & Seery, 2014) définissent différemment les caractéristiques de la fluence verbale et du bégaiement, recommandent des tests et des mesures différents et mettent l'accent sur l'évaluation de différents aspects de l'expérience du bégaiement. Ces recommandations contradictoires contribuent aux difficultés que rencontrent les cliniciens pour choisir les stratégies d'évaluation appropriées et entraînent des défis pour ceux qui cherchent à documenter la nécessité d'un traitement ou à évaluer les résultats d'une intervention.

En réponse à des problématiques similaires pour de nombreux domaines de la santé, des chercheurs issus de divers champs liés à la santé ont décidé de ne plus mettre l'accent sur les différences entre les approches, mais plutôt sur l'identification des points communs potentiels entre les différentes stratégies. Dans le cas des traitements, cet effort a consisté à identifier les "facteurs communs" susceptibles de faire ressortir les principes actifs qui

contribuent aux bénéfices des stratégies thérapeutiques, quelle que soit l'approche spécifique utilisée (par exemple, Laska et al., 2014 ; Wampold & Imel, 2015). Cet effort, qui a débuté dans le domaine de la psychologie, a trouvé son chemin vers l'orthophonie en général et le bégaiement en particulier (Bernstein Ratner, 2006 ; Botterill, 2011 ; Byrd & Donaher, 2018 ; Connery et al., 2019 ; Manning, 2010 ; Plexico et al., 2010 ; Yaruss et al., 2012 ; Zebrowski & Arenas, 2011). Grâce à ce processus, les cliniciens et les chercheurs peuvent mettre en évidence des similitudes dans les méthodes de traitement recommandées, même si les cliniciens qui délivrent ce traitement considèrent le bégaiement selon des perspectives ou des philosophies différentes.

Bien que ce mouvement vers l'identification de facteurs communs se soit principalement concentré sur les similitudes entre les approches de traitement, un processus similaire peut être entrepris avec différentes approches d'évaluation. Dans cet article centré sur la clinique, nous avons cherché à relever plusieurs défis liés à l'évaluation du bégaiement en rassemblant les recommandations de cliniciens et de chercheurs experts, puis en cherchant à identifier les caractéristiques communes de ces recommandations. Les procédures d'évaluation pouvant différer tout au long de la vie d'un individu, nous avons examiné les stratégies d'évaluation pour quatre groupes d'âge distincts de personnes qui bégaiement : les enfants d'âge préscolaire, les enfants d'âge scolaire, les adolescents et les adultes. Plus précisément, les objectifs de ce projet sont les suivants :

- a) de recueillir des informations sur les procédures d'évaluation utilisées par un groupe pluriel d'orthophonistes et de chercheurs spécialisés dans le bégaiement pour chacun des quatre groupes d'âge,
- b) d'identifier les points communs entre les procédures rapportées, et
- c) d'utiliser ces points communs pour décrire un ensemble de domaines recommandés que les cliniciens devraient prendre en compte lorsqu'ils conçoivent des évaluations individuelles pour les personnes qui bégaiement ou qui pourraient bégayer.

L'objectif fondamental de ce travail est de fournir des conseils aux orthophonistes afin de réduire l'incertitude à laquelle ils sont confrontés en matière d'évaluation du bégaiement et d'améliorer ainsi leurs compétences cliniques et leur confiance dans leur travail avec cette population.

Méthode

Participants

Douze cliniciens et chercheurs experts, tous auteurs de cet article, ont participé. Deux auteurs (S. B. et J. S. Y.) ont invité les chercheurs à participer à cette étude en fonction de quatre critères. Premièrement, nous voulions que le groupe ait une expertise documentée dans l'évaluation ou le traitement du bégaiement, comme en témoignent des travaux antérieurs publiés. Deuxièmement, nous voulions que le groupe dans son ensemble ait une expertise dans tous les domaines de la vie. Troisièmement, et c'est peut-être le plus important, nous voulions que les participants représentent différentes philosophies concernant la nature du bégaiement, comme en témoignent leurs travaux publiés, leurs présentations et, le cas échéant, leurs expériences vécues du bégaiement. Enfin, nous recherchions des participants qui représenteraient différentes approches du traitement du bégaiement. Les deux auteurs ont invité 10 participants supplémentaires qui ont tous accepté de collaborer. Ces 12 chercheurs et cliniciens (neuf femmes, trois hommes) avaient en moyenne 28,8 (écart-type = 9,6) années d'expérience dans le domaine. Le groupe était international, avec cinq pays représentés (Australie, Belgique, Pays-Bas, Royaume-Uni et États-Unis d'Amérique).

Matériel

Quatre modèles ont été élaborés pour que les participants (ci-après dénommés "répondants") les remplissent, afin de leur permettre de fournir des informations sur les procédures d'évaluation qu'ils utilisent avec des enfants d'âge préscolaire, des enfants d'âge scolaire, des adolescents et des adultes qui bégaiement. Les répondants devaient remplir les modèles en (a) identifiant les tâches, les outils et les procédures qu'ils utilisent lors de l'évaluation des personnes qui bégaiement pour chaque groupe d'âge et (b) en précisant ce que chaque outil évaluait et quelles mesures spécifiques ils obtenaient de chaque outil. Chaque collaborateur a rempli un modèle pour chaque groupe d'âge.

Procédure

Le premier auteur a envoyé les modèles vierges à chaque personne interrogée par courrier électronique, en lui demandant de lui renvoyer les formulaires complétés. Les réponses ont été anonymisées et placées dans une feuille de calcul pour faciliter le tri et la catégorisation.

Analyse thématique

Conformément aux principes qui ont été documentés dans la littérature (Braun & Clarke,

2006 ; Chi, 1997 ; Hill et al., 1997 ; Syed & Nelson, 2015), nous avons examiné chacun des dossiers anonymes des répondants à travers un processus itératif dans lequel des thématiques et des catégories communes ont été identifiées. Ces thèmes ont été revus par les répondants initiaux, révisés à nouveau et révisés jusqu'à ce qu'un ensemble minimal de sujets et de méthodes d'évaluation soit identifié et accepté par consensus par le groupe. Voici des détails spécifiques sur la façon dont ce processus a été mené.

Génération des codes initiaux

Deux auteurs (S. B. et J. S. Y.) ont lu toutes les réponses anonymes pour se familiariser avec les résultats obtenus. Ils ont ensuite élaboré une première série de codes pour catégoriser les réponses. La liste de codes comprenait les domaines clés identifiés par les répondants, tels que *la fluence verbale, le comportement de bégaiement, la conscience, l'adaptation et les réactions*. Deux étudiants de doctorat ont ensuite catégorisé de manière indépendante les réponses des participants à l'aide de la série de codes initiale. Plusieurs codes étaient autorisés par réponse si les codeurs estimaient qu'une réponse donnée concernait plus d'un code ou d'une catégorie. Les codeurs ont également été encouragés à suggérer des codes supplémentaires s'ils le jugeaient nécessaire, ce qui a entraîné l'ajout d'un code. Par le biais d'un processus de recherche de consensus, un troisième étudiant diplômé a examiné les codes des deux premiers codeurs et a résolu tout désaccord. Ce processus a permis d'obtenir une série de codes révisés qui ont été envoyés aux répondants pour vérification.

Vérification des codes

Chaque personne interrogée a reçu une copie des codes révisés et une feuille de calcul contenant ses propres réponses codées. Il a été demandé aux répondants de vérifier leurs réponses individuelles et les codes attribués à chacune d'entre elles pour s'assurer que le codage reflétait bien leur position. S'ils étaient d'accord avec le code, ils cochaient la case "d'accord" dans la feuille de calcul. S'ils n'étaient pas d'accord avec le code, ils cochaient la case "pas d'accord" et saisissaient un code différent dans la case "code correct". Les répondants pouvaient également ajouter des codes dans une case marquée "nouveau code". Dans les cas où une réponse recevait plus d'un code, les répondants étaient invités à évaluer chaque code individuellement. Une fois l'examen et la vérification du codage terminés, les répondants ont renvoyé au premier auteur leur feuille de calcul contenant les codes révisés et mis à jour. Ce

processus a entraîné quelques révisions mineures des codes, car les répondants ont noté que l'examen de leurs données les avait amenés à ajouter des tâches supplémentaires à leurs réponses. Le premier auteur (S. B.) a ensuite mis à jour les feuilles de calcul avec les codes spécifiés par chaque répondant et a envoyé à chacun d'entre eux sa feuille de calcul et les codes révisés pour un examen final afin de s'assurer que les codes reflétaient bien la raison pour laquelle ils avaient effectué chaque tâche ou procédure (c'est-à-dire que la vérification des membres était terminée). Les codes qui restaient conflictuels à ce stade ont été supprimés de la série de données. L'ensemble de données résultant contenait les contributions des 12 répondants énumérant les procédures d'évaluation pour les enfants d'âge préscolaire et scolaire, les adolescents et les adultes qui bégaièrent, ainsi que les codes identifiant les aspects spécifiques de l'expérience du bégaiement abordés par ces procédures.

Création, définition et vérification des thèmes

L'auteur S. B. a ensuite compilé les contributions codées de tous les répondants dans quatre feuilles de calcul (une pour chaque âge) et a trié les réponses par tâche/procédure d'évaluation. Ensuite, les tâches spécifiées par chaque répondant ont été classées dans la ou les catégories appropriées. La vérification et la validation indépendantes des catégories ont été effectuées en comparant les codes des répondants pour chaque procédure avec la catégorie dans laquelle elle avait été placée. Par exemple, nous avons classé la Self-Efficacy Scale for Adults who Stutter (SESAS ; Ornstein & Manning, 1985) comme étant une mesure des *réactions individuelles au bégaiement et des facteurs situationnels et environnementaux*. Nous avons ensuite effectué une recherche dans l'ensemble des données et vérifié que les répondants avaient codé le SESAS comme représentant ces deux domaines. Si la vérification révélait un autre code possible pour le SESAS (par exemple), cette catégorie était également ajoutée.

Ce processus de catégorisation et de vérification a conduit à la création de sept catégories qui ont permis de caractériser les tâches et les procédures utilisées dans l'évaluation du bégaiement par les 12 participants. Les catégories étaient les suivantes : caractéristiques individuelles, descriptions de la parole par les observateurs, descriptions de la parole par les participants eux-mêmes, réactions individuelles au bégaiement, réactions environnementales au bégaiement, impact du bégaiement, et objectifs, planification et résultats. Ces sept catégories ont permis de rendre

compte de toutes les tâches et procédures rapportées, dans les quatre groupes d'âge. Les feuilles de calcul, organisées par âge et contenant toutes les tâches/procédures mentionnées (quelle que soit la fréquence de leur mention), ainsi que les catégories correspondantes, ont ensuite été renvoyées aux répondants afin qu'ils confirment et clarifient le placement des tâches et procédures d'évaluation dans les catégories/thèmes. Deux répondants ont exprimé des réserves sur certains aspects des catégorisations, en particulier le chevauchement potentiel entre les catégories (ce problème a été abordé lors de la prochaine ronde du processus itératif), ainsi que des questions sur les aspects du bégaiement que les procédures spécifiques pourraient réellement évaluer (ce que nous abordons dans la discussion). À ce stade, la majorité des répondants ont confirmé que les catégorisations rendaient compte de manière adéquate et précise des domaines évalués.

À ce stade du processus d'évaluation itératif, il était clair que certaines procédures d'évaluation étaient mentionnées par une majorité de répondants, tandis que d'autres procédures d'évaluation étaient moins fréquemment représentées. Pour identifier un ensemble de procédures de base qui pourraient être considérées comme reflétant un consensus, nous avons ensuite envoyé les feuilles de calcul aux répondants et leur avons demandé de dresser trois listes pour chaque groupe d'âge. La première liste contenait les tâches/procédures que le répondant considérait comme des éléments d'évaluation essentiels qu'il mesurerait toujours (ou presque toujours) dans une évaluation. La deuxième liste contenait les tâches/procédures que les répondants considéraient comme des éléments d'évaluation complémentaires qu'ils jugeaient importants à prendre en compte mais qu'ils n'utilisaient pas systématiquement avec chaque patient. La troisième liste contenait les tâches/procédures que le répondant n'utilisait que rarement ou dont il pouvait remettre en question l'utilisation. Les répondants étaient également invités à commenter les thèmes et à soulever toute question ou préoccupation qu'ils avaient concernant les thèmes ou les tâches énumérés. Ces listes ont été créées indépendamment et renvoyées au premier auteur, qui les a rendues anonymes pour qu'elles soient examinées par le groupe. Cette étape du processus itératif a conduit à la combinaison de certaines des sept catégories. Par exemple, les rapports des observateurs et les auto-évaluations de la fluence verbale ont été combinés dans la catégorie *fluence verbale et comportement de bégaiement* ; les caractéristiques personnelles, les objectifs et la

planification ont été combinés dans les *informations générales relatives au bégaiement*. Une catégorie supplémentaire a été ajoutée pour distinguer l'évaluation de la parole, du langage et du tempérament.

Pour le dernier tour d'examen, nous avons créé quatre propositions de consensus, une pour chaque groupe d'âge, reflétant les *éléments d'évaluation fondamentaux* que les répondants ont mis en évidence. Les répondants ont examiné ces documents, ont fait des commentaires définitifs et des corrections, et les ont renvoyés au premier auteur. Ils ont également envoyé des copies des questions d'anamnèse qu'ils utilisaient habituellement dans l'évaluation du bégaiement, afin de pouvoir identifier les sujets communs abordés dans les formulaires d'anamnèse. Une dernière vérification du document de consensus par les membres a eu lieu pendant le processus de préparation du manuscrit. À ce moment-là, tous les répondants ont eu l'occasion d'examiner et, finalement, de se mettre d'accord sur le récapitulatif des procédures d'évaluation communes. La nature itérative du processus de révision a fourni aux répondants de multiples occasions de contribuer et de réviser, ainsi que l'occasion d'examiner attentivement leurs propres procédures et celles recommandées par les autres. Ce processus nous conforte dans l'idée que les recommandations qui en résultent sont bien argumentées et reflètent fidèlement les domaines que ces experts estiment importants à examiner lors de l'évaluation des personnes qui bégaiement. La figure 1 donne un aperçu visuel du processus itératif.

Résultats

Lors de l'évaluation du bégaiement, il y a trois perspectives et sources d'information à explorer. Il s'agit de la personne qui bégaiement, de la famille (y compris les parents/soignants et les conjoints) et du clinicien. C'est le rôle du clinicien d'intégrer les informations provenant de ces sources et de formuler des recommandations.

Domaines d'évaluation fondamentaux identifiés par consensus

Les procédures d'évaluation couramment utilisées et les échantillons de données relatives au bégaiement qui résultent de ces procédures d'évaluation sont présentés dans les annexes A à D pour les enfants d'âge préscolaire, les enfants d'âge scolaire, les adolescents et les adultes, respectivement. La consultation des annexes révèle qu'il existe un ensemble de domaines fondamentaux que la plupart des répondants évaluent, notamment : (a) les antécédents liés au bégaiement ; (b) la parole, le langage, le tempérament et les informations générales associées ; (c) la fluence verbale et le comportement de bégaiement ; (d) les réactions du locuteur au bégaiement ; (e) les réactions du milieu du locuteur au bégaiement ; et (f) les répercussions négatives associées au bégaiement. Les cliniciens peuvent également recueillir des informations générales ou non liées au bégaiement en raison d'autres diagnostics ou de situations singulières, mais ces aspects de l'évaluation n'ont pas été analysés dans le cadre de ce projet axé sur le bégaiement.

Il est important de noter que les procédures décrites par les répondants étaient directement liées à leurs objectifs en matière d'évaluation et de traitement, qui comprenaient l'identification ou la vérification du diagnostic de bégaiement, la détermination de la pertinence d'un traitement et l'exploration de l'orientation que pourrait prendre le traitement. Les sections suivantes fournissent des informations générales sur ces domaines fondamentaux ; les lecteurs sont encouragés à consulter les suggestions spécifiques de procédures d'évaluation et les exemples de données résultantes figurant dans les annexes. Les domaines sont numérotés pour faciliter la lecture et ne représentent pas un ordre de classement du contenu.

Domaine 1 : Renseignements généraux sur le bégaiement

Le premier domaine fondamental identifié par les répondants est celui des *informations détaillées sur les antécédents liés au bégaiement* de la personne qui bégaiement et sur ses expériences liées au bégaiement, ses principales préoccupations et ses objectifs de traitement. Ces informations



Figure 1 : Aperçu du processus itératif

contextuelles sont le plus souvent obtenues par le biais de formulaires détaillés d'anamnèse et d'entretiens avec les personnes impliquées dans la vie du locuteur. Selon l'âge du locuteur, ces personnes peuvent être des parents, des enseignants ou d'autres soignants, des proches ou le locuteur lui-même. Un élément clé de ce processus consiste à donner au patient et aux membres de sa famille l'occasion de répondre à des questions ouvertes qui leur permettent de discuter des problèmes qu'ils peuvent rencontrer et d'explorer ce qu'ils aimeraient retirer de l'évaluation et du traitement ultérieur.

Domaine 2 : parole, langage, tempérament et renseignements complémentaires

Le deuxième domaine fondamental qui a fait l'objet d'un fort consensus est l'évaluation des divers aspects du *développement de la parole, du langage et du tempérament*. Les répondants ont indiqué que ces aspects devraient être évalués systématiquement chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire qui bégaiement ; il a été recommandé de ne procéder à ces évaluations qu'au besoin chez les patients adolescents et adultes. Il existe de nombreuses méthodes pour obtenir ces informations, notamment des tests normalisés du développement des sons de la parole ou du langage, des questionnaires sur le tempérament pour différents groupes d'âge, l'observation directe du patient par le clinicien et des entretiens avec les parents et l'enfant ou l'adolescent lui-même.

Domaine 3 : fluence verbale et comportement de bégaiement

Le troisième domaine fondamental d'évaluation identifié par les répondants est la *fluence de la parole et le comportement de bégaiement*. Le bégaiement étant très variable (Constantino et al., 2016 ; Tichenor & Yaruss, 2021), il est important d'obtenir de multiples échantillons de parole dans différentes tâches et contextes d'expression verbale, afin de déterminer la nature et la gravité des comportements de bégaiement observables. On peut également demander aux patients d'évaluer la gravité de leur bégaiement dans différentes situations et contextes. Essentiellement, cette partie de l'évaluation vise à déterminer si le locuteur présente un comportement de bégaiement observable et ce qu'il fait lorsqu'il bégaiement. Les répondants ont souligné l'importance d'obtenir des observations de la part des soignants, des membres de la famille et des locuteurs concernant leur perception de la variabilité du bégaiement selon les situations (Tichenor & Yaruss, 2020). Pour les patients plus âgés, la pertinence de l'auto-évaluation de la gravité par les locuteurs a été soulignée

(Guntupalli et al., 2006 ; Huinck & Rietveld, 2007 ; Ingham & Cordes, 1997 ; O'Brian et al., 2004). Encore une fois, il existe de nombreuses façons d'évaluer la fluence verbale et le comportement de bégaiement, y compris les tests standardisés, les formulaires d'évaluation créés par les cliniciens et les évaluations de la gravité associées à divers programmes de traitement du bégaiement ; plusieurs exemples spécifiques sont fournis dans les annexes.

Il est intéressant de noter que, bien qu'il y ait un consensus général sur le fait que la fluence verbale et le comportement de bégaiement devraient être évalués, il n'y a pas eu de consensus sur la manière exacte dont cela devrait se faire. Par exemple, seuls quelques répondants ont recommandé des procédures ou des tests spécifiques, et aucune procédure d'évaluation de la fluence verbale et du comportement de bégaiement n'a été privilégiée par la majorité des répondants. Cela suggère que les cliniciens disposent d'une certaine souplesse dans la manière d'évaluer la fluence verbale et le comportement de bégaiement, mais cela met également en évidence un manque général de consensus sur la nature du bégaiement et sa définition (voir Bloodstein et al., 2021).

Domaine 4 : Réactions des locuteurs au bégaiement

Le quatrième domaine fondamental concerne les réactions de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte au bégaiement et la manière dont ces *réactions* influencent l'interaction et la confiance en soi. Ce domaine comprend également l'exploration de la conscience, de l'anticipation et de l'évitement, ainsi que la discussion des stratégies d'adaptation qui se sont avérées efficaces ou non dans le passé. Alors que l'examen de la fluence et des comportements de bégaiement observables (domaine 3) concerne ce que les locuteurs font quand ils bégaiement, l'examen des réactions au bégaiement peut également être envisagé en termes de ce que les locuteurs font parce qu'ils bégaiement (Manning & DiLollo, 2018). Ce type d'information peut être obtenu via des mesures d'auto-évaluation publiées ainsi que via des entretiens et des observations.

Domaine 5 : Réactions au bégaiement dans l'environnement

Le cinquième domaine fondamental consiste à se faire une idée de *l'environnement* du locuteur et de la manière dont il influence le comportement de bégaiement et l'expérience du bégaiement. Les personnes importantes dans l'environnement comprennent les membres de la famille, les enseignants et les pairs (Beilby et al., 2013 ;

Svenning et al., 2021). Les répondants ont indiqué qu'il est précieux d'apprendre comment les autres personnes réagissent au bégaiement du locuteur et comment elles ont tenté de lui venir en aide. Les questions sur le harcèlement sont également indiquées pour les patients d'âge scolaire et les adolescents, et des questionnaires sont disponibles à cet effet. Les questions concernant les situations dans lesquelles il est plus ou moins difficile de parler, ou dans lesquelles la gravité du bégaiement est plus ou moins prononcée, peuvent également relever de ce domaine.

Domaine 6 : Répercussions négatives associées au bégaiement

Le sixième domaine fondamental qui a fait l'objet d'un consensus parmi les répondants est la présence de toute *répercussion négative* que le bégaiement peut avoir sur la communication, l'éducation, l'emploi et la qualité de vie d'un locuteur. Comme pour les autres domaines fondamentaux de l'évaluation, les répondants ont indiqué qu'ils utilisaient une gamme de mesures et de méthodes pour recueillir ces informations, notamment l'entretien, l'observation et l'utilisation de tests standardisés. Ce domaine d'évaluation peut être considéré comme la manière dont le bégaiement affecte la vie d'une personne, y compris les choix et les décisions qu'elle peut faire ou avoir fait (ou non) à cause de son bégaiement - ou à cause de ses réactions ou des réactions d'autres personnes au bégaiement. Ainsi, cet aspect de l'évaluation est conçu pour recueillir des informations sur les conséquences de la vie avec le bégaiement.

Autres domaines

Quelques observations cliniques et procédures de test ont été mentionnées par un petit nombre de répondants, mais rarement voire pas du tout utilisées par d'autres. Il s'agit par exemple des tests d'adaptation et de cohérence, de stimulabilité et de traitements expérimentaux. En raison du consensus limité sur ces éléments potentiels du processus d'évaluation, ils ne sont pas détaillés dans cet article.

Discussion

Ce projet a été élaboré dans le but d'identifier des stratégies spécifiques pour l'évaluation des personnes qui bégaièrent tout au long de leur vie, qui reflètent l'opinion et les pratiques consensuelles d'experts reconnus. Nous avons sollicité la contribution d'un groupe de 12 cliniciens et chercheurs de cinq pays dont les écrits antérieurs laissaient penser que le groupe dans son ensemble

représenterait une pluralité de perspectives et d'opinions sur le bégaiement. Le processus de consensus a suivi les principes de l'analyse thématique, dans le but de s'assurer que les domaines d'évaluation fondamentaux étaient identifiés d'une manière ascendante et organique, reflétant les opinions du groupe. Tout au long du projet, la liste évolutive des domaines et des procédures d'évaluation fondamentaux a été affinée et confirmée par un processus itératif qui a donné à tous les répondants l'occasion de clarifier et de réviser leur contribution jusqu'à ce qu'ils expriment leur accord avec la représentation des procédures qu'ils recommandent.

Domaines fondamentaux d'évaluation du bégaiement et des personnes qui bégaièrent

L'ensemble de six domaines d'évaluation fondamentaux qui en résulte comprend : (a) les informations de base relatives au bégaiement ; (b) la parole, le langage, le tempérament et les informations contextuelles associées ; (c) la fluence verbale et le comportement de bégaiement ; (d) les réactions du locuteur au bégaiement ; (e) les réactions au bégaiement des personnes de l'environnement du locuteur, et ; (f) les répercussions négatives associées au bégaiement. Comme le résument les annexes A à D, ces domaines reflètent les principaux contenus ou sujets que les experts interrogés prennent en compte dans l'élaboration des plans d'évaluation. Des exemples d'outils ou de procédures d'évaluation spécifiques utilisés par les répondants pour évaluer chaque domaine sont également fournis dans les annexes. Les résultats de ce projet fournissent des informations importantes sur les pratiques d'évaluation des cliniciens et des chercheurs spécialisés dans le bégaiement qui représentent un large éventail de points de vue théoriques et empiriques. Indépendamment de ces différences, il est clair que ces répondants partagent certains points communs dans leurs approches de l'évaluation des personnes qui bégaièrent. Comme le reflètent les six domaines fondamentaux, tous les répondants considèrent que les informations de base (domaines 1 et 2), le comportement de parole (domaine 3), les réactions du locuteur et des autres personnes (domaines 4 et 5), et l'impact combiné de ces éléments sur la vie du locuteur qui bégaièrent (domaine 6) sont appropriés pour permettre l'évaluation des personnes qui bégaièrent. Une autre façon de voir les points communs entre les diverses recommandations des répondants est d'utiliser le modèle de la Classification internationale du

fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'Organisation mondiale de la santé (Organisation mondiale de la santé, 2001). La CIF décrit l'expérience de conditions telles que le bégaiement en termes de fonction et de structure corporelles, d'activités et de participation, ainsi que de contexte personnel et environnemental. La mise en correspondance des domaines fondamentaux identifiés dans cette étude avec les composantes de la CIF révèle que tous les répondants ont recommandé l'évaluation des facteurs liés à la fonction et à la structure corporelles (domaines 1, 2, 3), au contexte personnel (domaine 4), au contexte environnemental (domaine 5), et aux activités et à la participation (domaine 6). Cette congruence n'est pas surprenante, étant donné que la CIF a été élaborée pour fournir une vision globale de conditions telles que le bégaiement (Tichenor & Yaruss, 2019a ; Yaruss & Quesal, 2004) et l'importance d'adopter une vision large du bégaiement lors de l'évaluation. Les tâches et procédures d'évaluation présentées ici sont destinées à servir de guide aux cliniciens qui travaillent avec des personnes qui bégaiement et leurs familles. Selon le cadre de travail de chaque clinicien, il peut ne pas être possible ou pratique d'accomplir toutes les tâches mentionnées. Les résultats de cette étude et du panel de consensus doivent plutôt être considérés comme un aperçu de haut niveau des domaines à prendre en compte lorsque les cliniciens procèdent à une évaluation avec une personne qui bégaiement. Nous recommandons aux cliniciens d'essayer d'effectuer au moins une mesure de chaque domaine fondamental d'évaluation qui semble être pertinent pour un patient particulier. Cela leur permettra de mieux comprendre l'expérience du patient en matière de bégaiement. Cela aidera également le clinicien à identifier les domaines qui pourraient nécessiter un traitement et lui permettra de documenter de manière flexible plusieurs types de résultats de traitement.

L'importance de l'évaluation individualisée

Bien que plusieurs composantes du processus d'évaluation aient été soulignées, tous les experts ont insisté à plusieurs reprises sur le fait que la sélection de domaines d'évaluation spécifiques et d'outils ou de procédures doit être individualisée et adaptée aux besoins uniques de chaque patient ou famille. Les plans d'évaluation spécifiques doivent tenir compte de l'expérience de chaque patient en matière de bégaiement, et la pondération de chaque composante de l'évaluation (et, le cas échéant, le traitement qui en découle) doit être guidée par les

informations fournies par les locuteurs et leurs familles. Toutes les personnes interrogées ont également souligné que l'évaluation devait conduire à des objectifs de traitement convenus d'un commun accord et à une définition commune de ce qui constitue un résultat positif du traitement. Quel que soit le point de vue que l'on adopte sur la nature du bégaiement et quel que soit l'âge du locuteur, la personne qui bégaiement doit être un contributeur essentiel au processus d'évaluation, en partie parce que les personnes qui bégaiement peuvent avoir des expériences très différentes (Tichenor & Yaruss, 2019b) et parce qu'elles sauront quels objectifs elles recherchent (Bothe & Richardson, 2011 ; Sønsterud et al., 2020). Ce sont eux qui se connaissent le mieux et qui connaissent le mieux leur bégaiement ; ils ont donc des connaissances essentielles sur leur bégaiement qui doivent être prises en compte lors de l'analyse des résultats de l'évaluation et de l'élaboration des plans d'intervention. Enfin, les résultats de cette étude démontrent clairement qu'une évaluation bien équilibrée des personnes qui bégaiement doit prendre en compte plus que la fluence verbale ou le bégaiement observable. Il s'agit de mesurer les réactions affectives, comportementales et cognitives du locuteur face au bégaiement, ainsi que l'étendue de l'impact du bégaiement sur la vie du locuteur et le rôle que joue l'environnement dans les expériences du bégaiement du locuteur. Il peut également être utile d'évaluer l'impact du bégaiement sur les membres de la famille du locuteur (Adriaensens et al., 2017 ; Beilby, 2014). En fin de compte, le processus d'évaluation devrait aboutir à des objectifs de traitement convenus d'un commun accord et à une définition déterminée conjointement de ce qui constituera un résultat positif du traitement.

Limites et perspectives futures

L'objectif de ce projet était d'identifier les composantes et les procédures communes qui pourraient être utilisées dans le cadre d'une évaluation complète du bégaiement et des personnes qui bégaiement, en se basant sur les contributions d'experts ayant un large éventail de points de vue et de perspectives sur le bégaiement. Cependant, il n'a pas été possible d'inclure toutes les opinions possibles. Ainsi, il est probable que certains cliniciens ou chercheurs experts plaident en faveur de différentes composantes ou procédures d'évaluation. Ceci est particulièrement susceptible d'être vrai en ce qui concerne les tests ou mesures spécifiques que différentes personnes pourraient recueillir. Dans les annexes, nous nous sommes

efforcés de fournir des exemples de tests et de mesures qui reflètent chacune des différentes composantes du processus d'évaluation élargi, mais nous encourageons les lecteurs à considérer que différentes instances pourraient faire des choix divergents pour ces tests. Heureusement, le large consensus auquel nous sommes parvenus dans cette étude suggère que les aspects fondamentaux du processus d'évaluation ont été identifiés avec succès, mais de futures recherches pourraient permettre de préciser davantage les détails concernant les domaines fondamentaux spécifiques que les cliniciens peuvent évaluer ou les tests et procédures spécifiques qu'ils pourraient employer. Entre-temps, les domaines communs identifiés par ces experts fournissent un cadre complet et un point de départ pour les cliniciens qui cherchent à concevoir des séances d'évaluation avec des personnes qui bégaiement. Les recherches futures peuvent également aborder les défis d'évaluation restants auxquels sont confrontés les cliniciens qui travaillent avec des personnes qui bégaiement. Ces défis comprennent (a) comment définir et mesurer la gravité du bégaiement, (b) comment la gravité peut être liée à l'expérience ou à l'impact du bégaiement, (c) comment les mesures des expériences ou des comportements liés au bégaiement issues des interlocuteurs extérieurs peuvent être rapprochées des mesures issues des locuteurs eux-mêmes, et (d) comment les résultats de l'évaluation peuvent être utilisés pour la planification du traitement. Entre-temps, les domaines communs identifiés par ces experts fournissent un cadre et un point de départ pour les cliniciens qui cherchent à concevoir des séances d'évaluation complètes avec des personnes qui bégaiement. Bien que l'objectif de cet effort consensuel ait été d'identifier les domaines susceptibles d'être évalués dans le cadre d'une évaluation clinique du bégaiement, une perspective clinique n'est pas la seule façon d'aborder le bégaiement. Un nombre croissant de personnes qui bégaiement et de praticiens commencent également à considérer le bégaiement selon un modèle social plutôt que médical du handicap (Bailey et al., 2015 ; Campbell et al., 2019). D'un tel point de vue, une évaluation pourrait se concentrer moins sur les difficultés rencontrées par la personne qui bégaiement et davantage sur l'inadéquation entre la personne qui bégaiement et l'environnement de communication. Assurément, le rôle de l'environnement était l'un des domaines d'évaluation fondamentaux identifiés par nos experts. Cependant, notre discipline apprend encore à aborder le bégaiement (et d'autres différences) dans un cadre social, et il n'est pas encore évident de savoir comment l'évaluation du

bégaiement pourrait être envisagée dans cette perspective.

Conclusions

Malgré les diverses différences philosophiques dans la façon dont les gens perçoivent le bégaiement, les 12 cliniciens et chercheurs experts qui ont participé à cette étude ont pu identifier un ensemble de domaines communs qui devraient être pris en compte dans une évaluation complète du bégaiement. Nous espérons que la convergence des opinions de ces 12 experts aidera d'autres cliniciens à se sentir plus confiants dans l'utilisation de méthodes appropriées dans leur travail avec les personnes qui bégaiement tout au long de leur vie. Bien que des différences et des questions subsistent certainement, les auteurs et les répondants partagent l'espoir continu que notre domaine puisse améliorer les options individualisées et holistiques que nous pouvons offrir aux personnes qui bégaiement et à leurs familles. Le consensus concernant une évaluation complète qui examine une variété d'aspects clés de l'expérience du bégaiement est un point de départ précieux et significatif.

Contributions des auteurs

Shelley B. Brundage : Conceptualisation (Chef), Recueil des données (Chef), Analyse formelle (Egal), Investigation (Chef), Méthodologie (Egal), Administration du projet (Chef), Ressources (Egal), Supervision (Chef), Validation (Egal), Rédaction - version originale (Egal), Rédaction - révision et édition (Chef). **Nan Bernstein Ratner** : Conceptualisation (Appui), Recueil des données (Appui), Méthodologie (Equal), Validation (Equal), Rédaction - révision et édition (Equal). **Michael P. Boyle** : Conceptualisation (Appui), Recueil des données (Appui), Méthodologie (Equal), Validation (Equal), Rédaction - révision et édition (Equal). **Kurt Eggers** : Conceptualisation (Appui), Recueil des données (Appui), Méthodologie (Equal), Validation (Equal), Rédaction - révision et édition (Equal). **Rachel Everard** : Conceptualisation (Appui), Recueil de données (Appui), Méthodologie (Equal), Validation (Equal), Rédaction - révision et édition (Equal). **Marie-Christine Franken** : Recueil des données (soutien), Méthodologie (égal), Validation (égal), Rédaction - révision et édition (égal). **Elaina Kefalianos** : Conceptualisation (Appui), Recueil des données (Appui), Méthodologie (Equal), Validation (Equal), Rédaction - révision et édition (Equal). **Anne K. Marcotte** : Conceptualisation

(Appui), Recueil des données (Appui), Méthodologie (Equal), Validation (Equal), Rédaction - révision et édition (Equal). **Sharon Millard** : Conceptualisation (Appui), Recueil des données (Appui), Méthodologie (Equal), Validation (Equal), Rédaction - révision et édition (Equal). **Ann Packman** : Conceptualisation (Support), Recueil de données (Support), Méthodologie (Equal), Validation (Equal), Rédaction - révision et édition (Equal). **Martine Vanryckeghem** : Conceptualisation (Soutien), Recueil des données (Soutien), Méthodologie (Equal), Validation (Equal), Rédaction - révision et édition (Equal). **J. Scott Yaruss** : Conceptualisation (Appui), Recueil des données (Appui), Analyse formelle (Equal), Investigation (Appui), Méthodologie (Equal), Administration du projet (Appui), Ressources (Equal), Supervision (Appui), Validation (Equal), Rédaction - version originale (Equal), Rédaction - révision et édition (Equal).

Remerciements

La préparation de cet article a été soutenue, en partie, par des subventions du National Institute on Deafness and Other Communication Disorders : (subvention R01 DC018795), accordée à J. Scott Yaruss, Communicative Sciences and Disorders, Michigan State University, et (subvention R01DC015494) accordée à Brian MacWhinney, Carnegie Mellon University, et Nan Bernstein Ratner, University of Maryland-College Park. Le contenu de ce document relève de la seule responsabilité des auteurs et ne représente pas nécessairement l'opinion officielle des National Institutes of Health. Les auteurs tiennent à remercier Caryn Herring, Robyn Lachow et Seth Tichenor pour leur aide dans l'organisation des données.

Références

Achenbach, T.M., & Rescorla, L. A. (2000). Manual for the ASEBA preschool forms & profiles. University of Vermont Center for Children, Youth, & Families. Ainsworth.
Adriaensens, S., Van Waes, S., & Struyf, E. (2017). Comparing acceptance and rejection in the classroom interaction of students who stutter and their peers: A social network analysis. *Journal of Fluency Disorders*, 52, 13–24. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.02.002>
Bailey, K., Harris, S. J., & Simpson, S. (2015). Stammering and the social model of disability: Challenge and opportunity. *Procedia - Social and*

Behavioral Sciences, 193, 13–24. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.240>
Beilby, J. M. (2014). Psychosocial impact of living with a stuttering disorder: Knowing is not enough. *Seminars in Speech and Language*, 35(2), 132–143. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1371756>
Beilby, J. M., Byrnes, M. L., Meagher, E. L., & Yaruss, J. S. (2013). The impact of stuttering on adults who stutter and their partners. *Journal of Fluency Disorders*, 38(1), 14–29. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.12.001>
Bernstein Ratner, N. (2006). Evidence-based practice: An examination of its ramifications for the practice of speech-language pathology. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 37(4), 257–267. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2006/029\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2006/029))
Bloodstein, O., Bernstein Ratner, N., & Brundage, S. B. (2021). A handbook on stuttering (7th ed.). Plural.
Bothe, A. K., & Richardson, J. D. (2011). Statistical, practical, clinical, and personal significance: Definitions and applications in speech-language pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20(3), 233–242. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2011/10-0034\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2011/10-0034))
Botterill, W. (2011). Developing the therapeutic relationship: From “expert” professional to “expert” person who stutters. *Journal of Fluency Disorders*, 36(3), 158–173. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.02.002>
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))
Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
Briley, P. M. (2018). Issues in assessment of children who stutter: A survey of speech-language pathologists in the state of North Carolina. *Clinical Archives of Communication Disorders*, 3(2), 95–103. <https://doi.org/10.21849/cacd.2018.00353>
Brisk, D. J., Healey, E. C., & Hux, K. A. (1997). Clinicians' training and confidence associated with treating school-age children who stutter. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 28(2), 164–176. <https://doi.org/10.1044/0161-1461.2802.164>
Brutten, G. J., & Vanryckeghem, M. (2007). Behavior Assessment Battery for School-Age Children Who Stutter (BAB). Plural.
Byrd, C. T., & Donaher, J. (2018). Best practice for developmental stuttering: Balancing evidence

- and expertise. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 49(1), 1–3. https://doi.org/10.1044/2017_LSHSS-17-0089
- Byrd, C. T., Werle, D., & St. Louis, K. O. (2020).** Speech-language pathologists' comfort level with use of term "stuttering" during evaluations. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(2), 841–850. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00081
- Campbell, P., Constantino, C. D., & Simpson, S. (2019).** Stammering pride and prejudice: Difference not defect. J&R Press.
- Chi, M. T. H. (1997).** Quantifying qualitative analyses of verbal data: A practical guide. *Journal of the Learning Sciences*, 6(3), 271–315. https://doi.org/10.1207/s15327809jls0603_1
- Connery, A., McCurtin, A., & Robinson, K. (2019).** The lived experience of stuttering: A synthesis of qualitative studies with implications for rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 42(16), 2232–2242. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1555623>
- Constantino, C. D., Leslie, P., Quesal, R. W., & Yaruss, J. S. (2016).** A preliminary investigation of daily variability of stuttering in adults. *Journal of Communication Disorders*, 60, 39–50. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2016.02.001>
- Cooper, E. B., & Rustin, L. (1985).** Clinician attitudes toward stuttering in the United States and Great Britain: A cross-cultural study. *Journal of Fluency Disorders*, 10(1), 1–17. [https://doi.org/10.1016/0094-730X\(85\)90002-6](https://doi.org/10.1016/0094-730X(85)90002-6)
- Crichton-Smith, I., Wright, J., & Stackhouse, J. (2003).** Attitudes of speech and language therapists towards stammering: 1985 and 2000. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 38(3), 213–234. <https://doi.org/10.1080/1368282031000086282>
- Cunningham, B. J., Kwok, E., Turkstra, L., & Oram Cardy, J. (2019).** Establishing consensus among community clinicians on how to categorize and define preschoolers' speech and language impairments at assessment. *Journal of Communication Disorders*, 82, 105925. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2019.105925>
- Eggers, K., & Leahy, M. (2011).** The European Clinical Specialization on Fluency Disorders (ECSF). *Journal of Fluency Disorders*, 36(4), 296–301. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.02.001>
- Espitalier, F., Fanous, A., Aviv, J., Bassiouny, S., Desuter, G., Nerurkar, N., Postma, G., & Crevier-Buchman, L. (2018).** International consensus (ICON) on assessment of oropharyngeal dysphagia. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*, 135(1), S17–S21. <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2017.12.009>
- Gillam, R. B., Logan, K. J., & Pearson, N. (2009).** Test of Childhood Stuttering. Pro-Ed.
- Guitar, B. E. (2019).** Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment (5th ed.). Wolters Kluwer.
- Guntupalli, V. K., Kalinowski, J., & Saltuklaroglu, T. (2006).** The need for self-report data in the assessment of stuttering therapy efficacy: Repetitions and prolongations of speech. *The stuttering syndrome. International Journal of Language & Communication Disorders*, 41(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/13682820500126627>
- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997).** A guide to conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist*, 25, 517–572. <https://doi.org/10.1177/0011000097254001>
- 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>
- Ingham, R. J., & Cordes, A. K. (1997).** Self-measurement and evaluating treatment efficacy. In R. F. Curlee & G. Siegel (Eds.), *Nature and treatment of stuttering: New directions* (pp. 413–438). Allyn & Bacon.
- Iverach, L., Heard, R., Menzies, R., Lowe, R., O'Brian, S., Packman, A., & Onslow, M. (2016).** 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
- Kelly, E.M., Martin, J. S., Baker, K. E., Rivera, N. I., Bishop, J. E., Krizizke, C. B., Stettler, D. S., & Stealy, J. M. (1997).** Academic and clinical preparation and practices of school speech-language pathologists with people who stutter. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 28(3), 195–212. <https://doi.org/10.1044/0161-1461.2803.195>
- Kempster, G. B., Gerratt, B. R., Abbott, K. V., Barkmeier-Kraemer, J., & Hillman, R. E. (2009).** Consensus auditory-perceptual evaluation of voice: Development of a standardized clinical protocol. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 18(2), 124–132. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2008/08-0017\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2008/08-0017))
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014).** Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467–481. <https://doi.org/10.1037/a0034332>
- Logan, K. J. (2020).** Fluency disorders: Stuttering, cluttering, and related fluency problems (2nd ed.).

Plural.

Mallard, A. R., Gardner, L. S., & Downey, C. S. (1988). Clinical training in stuttering for school clinicians. *Journal of Fluency Disorders*, 13(4), 253–259. [https://doi.org/10.1016/0094-730X\(88\)90016-2](https://doi.org/10.1016/0094-730X(88)90016-2)

Manning, W. H. (2010). Evidence of clinically significant change: The therapeutic alliance and the possibilities of outcomes-informed care. *Seminars in Speech and Language*, 31(4), 207–216. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1265754>

Manning, W. H., & DiLollo, A. (2018). Clinical decision making in fluency disorders (4th ed.). Plural.

Martin, R. R., & Haroldson, S. K. (1992). Stuttering and speech naturalness. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35(3), 521–528. <https://doi.org/10.1044/jshr.3503.521>

Mei, C., Anderson, V., Waugh, M. C., Cahill, L., & Morgan, A. T. (2018). Evidence- and consensus-based guidelines for the management of communication and swallowing disorders following pediatric traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 33(5), 326–341. <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000366>

Millard, S. K., & Cook, F. M. (2010). Working with young children who stutter: Raising our game. *Seminars in Speech and Language*, 31(4), 250–261. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1265758>

Millard, S., & 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

Nicholas, A. (2015). Solution focused brief therapy with children who stutter. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 193, 209–216. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.261>

O'Brian, S., Packman, A., & Onslow, M. (2004). Self-Rating of stuttering severity as a clinical tool. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 13(3), 219–226. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2004\)023](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2004)023)

O'Brian, S., Packman, A., Onslow, M., & O'Brian, N. (2004). Measurement of stuttering in adults: Comparison of stuttering rate and severity-scaling methods. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47(5), 1081–1087. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2004\)080](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2004)080)

Ornstein, A. F., & Manning, W. H. (1985). Self-efficacy scaling by adult stutterers. *Journal of Communication Disorders*, 18, 313–320. [https://doi.org/10.1016/0021-9924\(85\)90008-5](https://doi.org/10.1016/0021-9924(85)90008-5)

Patel, R. R., Awan, S. N., Barkmeier-Kraemer, J., Courey, M., Deliyski, D., Eadie, T., Paul, D., Švec, J. G., & Hillman, R. (2018). Recommended

protocols for instrumental assessment of voice: American Speech-Language-Hearing Association expert panel to develop a protocol for instrumental assessment of vocal function. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(3), 887–905. https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-17-0009

Plexico, L. W., Manning, W. H., & DiLollo, A. (2010). Client perceptions of effective and ineffective therapeutic alliances during treatment for stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 35(4), 333–354. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2010.07.001>

Riley, G. (2009). Stuttering Severity Instrument—Fourth Edition. Pro-Ed.

Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., Hershey, K. L., & Fisher, P. (2001). Investigations of temperament at three to seven years: The Children's Behavior Questionnaire. *Child Development*, 72, 1394–1408.

Shapiro, D. (2011). Stuttering intervention: A collaborative journey to fluency freedom (2nd ed.). Pro-Ed.

Siegel, G. (1982). Skills, knowledge, and confidence: Variables in successful therapy. *Journal of the National Student Speech-Language-Hearing Association*, 10, 23–29.

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

Sommers, R. K., & Caruso, A. J. (1995). Inservice training in speech-language pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 4(3), 22–28. <https://doi.org/10.1044/1058-0360.0403.22>

Sønsterud, H., Feragen, K. B., Kirmess, M., Halvorsen, M. S., & Ward, D. (2020). What do people search for in stuttering therapy: Personal goal-setting as a gold standard? *Journal of Communication Disorders*, 85, 105944. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2019.105944>

Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), 545–566. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00034-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00034-5)

Svenning, A., Panzarino, R., Vanryckeghem, M., & Vestner, T. (2021). Life partners' perceptions of the emotional, speech disruptive, and attitudinal correlates of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 67, 105821. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2020.105821>

Syed, M., & Nelson, S. C. (2015). Guidelines for establishing reliability when coding narrative data. *Emerging Adulthood*, 3, 375–387. <https://doi.org/10.1177/2167696815587648>

- Tellis, G. M., Bressler, L., & Emerick, K. (2008).** An exploration of clinicians views about assessment and treatment of stuttering. *SIG 4 Perspectives on Fluency and Fluency Disorders*, 18(1), 16–23. <https://doi.org/10.1044/ffd18.1.16>
- Tichenor, S. E., & Yaruss, J. S. (2019a).** Stuttering as defined by adults who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62(12), 4356–4369. https://doi.org/https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-19-00137
- Tichenor, S. E., & Yaruss, J. S. S. (2019b).** Group experiences and individual differences in stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62(12), 4335–4350. https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-19-00138
- Tichenor, S. E., & Yaruss, J. S. (2020).** Variability of stuttering: Behavior and impact. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30, 75–88. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00112
- Tichenor, S. E., & Yaruss, J. S. (2021).** Variability of stuttering: Behavior and impact. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(1), 75–88. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00112
- Vanryckeghem, M., & Brutten, G. J. (2007).** Communication Attitude Test for Preschool and Kindergarten Children Who Stutter (KiddyCAT). Plural.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015).** The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work: Second edition. In *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy*. Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9780203582015>
- Watson, D., & Friend, R. (1969).** Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(4), 448–457.
- World Health Organization. (2001).** The International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF).
- Wright, L., & Ayre, A. (2000).** WASSP: Wright and Ayre Stuttering Self-Rating Profile. Speechmark.
- Yairi, E., & Ambrose, N. G. (2005).** Early childhood stuttering: For clinicians by clinicians. Pro-Ed.
- Yairi, E., & Seery, C. H. (2014).** Stuttering: Foundations and clinical applications (2nd ed.). Pearson Education.
- Yaruss, J. S. (1999).** Current status of academic and clinical education in fluency disorders at asha-accredited training programs. *Journal of Fluency Disorders*, 24(3), 169–183. [https://doi.org/10.1016/S0094-730X\(99\)00013-3](https://doi.org/10.1016/S0094-730X(99)00013-3)
- Yaruss, J. S., Coleman, C. E., & Quesal, R. W. (2012).** Stuttering in school-age children: A comprehensive approach to treatment. *Language Speech and Hearing Services in Schools*, 43(4), 536–548. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2012/11-0044\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2012/11-0044))
- Yaruss, J. S., Lee, J., Kikani, K. B., Leslie, P., Herring, C., Ramachandar, S., Tichenor, S. E., Quesal, R. W., & McNeil, M. R. (2017).** Update on didactic and clinical education in fluency disorders: 2013–2014. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26(1), 124–137. https://doi.org/10.1044/2016_AJSLP-15-0154
- Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2002).** Academic and clinical education in fluency disorders: An update. *Journal of Fluency Disorders*, 27(1), 43–63. [https://doi.org/10.1016/S0094-730X\(01\)00112-7](https://doi.org/10.1016/S0094-730X(01)00112-7)
- Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2004).** Stuttering and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): An update. *Journal of Communication Disorders*, 37(1), 35–52. [https://doi.org/10.1016/S0021-9924\(03\)00052-2](https://doi.org/10.1016/S0021-9924(03)00052-2)
- Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2016).** Overall Assessment of the Speaker’s Experience of Stuttering. Stuttering Therapy Resources.
- Zebrowski, P.M., & Arenas, R. M. (2011).** The “Iowa Way” revisited. *Journal of Fluency Disorders*, 36(3), 144–157. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2010.08.001>

Annexe A : Évaluation du bégaiement chez le jeune enfant (de 2 à 6 ans)

Procédures communément recommandées et exemples de données à recueillir dans six domaines fondamentaux de l'évaluation des jeunes enfants qui bégaiement, âgés d'environ 2 à 6 ans.

Procédures d'évaluation

- Formulaire d'histoire clinique pour les accompagnants, y compris les parents, les enseignants et les autres membres de la famille, le cas échéant.
- Entretiens avec l'enfant et les accompagnants.
- Observation de l'interaction entre l'accompagnant et l'enfant.
- Observation de la parole de l'enfant dans diverses situations de communication.
- Dépistage et tests, si nécessaire, du langage, de la parole, du tempérament, de l'audition et des capacités associées de l'enfant.
- Observation et évaluation de la fluence verbale et du comportement de bégaiement de l'enfant, de ses réactions au bégaiement et de l'impact du bégaiement
- Analyse des facteurs de risque (examen des données provenant de divers aspects de l'évaluation afin de formuler des hypothèses sur le risque que l'enfant continue à bégayer ; Singer et al., 2020)

Exemple de données pour le domaine 1 : Informations générales sur le bégaiement

- Point de vue des accompagnants sur le problème en général et principales préoccupations.
- Signalement par les accompagnants de problèmes concomitants et d'autres diagnostics.
- Témoignage des accompagnants sur le développement du bégaiement, y compris les antécédents familiaux de persistance et de guérison, le temps écoulé depuis l'apparition et l'évolution du bégaiement, ainsi que d'autres problèmes de parole ou de langage.
- Les perceptions des accompagnants concernant les traitements antérieurs du bégaiement ou d'autres problèmes.
- Les connaissances et les expériences des accompagnants en matière de bégaiement, y compris les croyances concernant les facteurs de causalité, d'évocation et de renforcement du bégaiement (par exemple, les facteurs d'anxiété, de dépression, d'anxiété et de dépression). Palin Parent Rating Scales [Palin PRS ; Millard, & Davis, 2016).
- Objectifs des accompagnants en matière de traitement du bégaiement (par exemple, échelle de la thérapie brève axée sur les solutions [SBFT] ; Nicholas, 2015).
- Les perceptions de l'enfant et ses connaissances actuelles sur le bégaiement.
- la disposition de l'enfant au changement et les objectifs du traitement (par exemple, la graduation SBFT)
- Évaluation et compte-rendu des progrès des traitements antérieurs, le cas échéant.

Exemple de données pour le domaine 2 : parole, langage, tempérament et informations générales connexes.

- Opinions de l'accompagnateur sur le développement de l'enfant, y compris le développement cognitif et socio-émotionnel, le comportement, les capacités d'autorégulation, les tendances perfectionnistes et les capacités d'adaptation.
- Les observations du clinicien sur la communication de l'enfant et ses compétences connexes.
- Les résultats des dépistages et des tests, au besoin, du développement du langage de l'enfant, de la production des sons de la parole et du tempérament (p. ex. tempérament (p. ex. liste de contrôle du comportement de l'enfant [CBCL ; Achenbach et Rescorla, 2000], questionnaire sur le comportement de l'enfant [CBQ ; Rothbart et coll. [CBQ ; Rothbart et al., 2001]).
- Scores aux dépistages et tests de facteurs associés, y compris l'anxiété (par exemple, l'échelle d'anxiété des enfants de Spence ; Spence, 1998), le cas échéant

Exemple de données pour le domaine 3 : fluence verbale et comportement de bégaiement

- Observations et perceptions des accompagnants concernant la fluence et le bégaiement, y compris les types de disfluences, la tension physique, les caractéristiques secondaires et la sévérité (par exemple, Palin PRS, Echelle de Sévérité [ES] ; Yairi & Ambrose, 2005).
- Les observations et les perceptions des accompagnants et les facteurs qui affectent la fluence et le bégaiement dans diverses situations de communication.
- Perceptions et auto-évaluations de l'enfant concernant la parole, la fluence et le bégaiement, y compris les types de disfluences, la tension physique, les caractéristiques secondaires et la sévérité, dans diverses situations de communication, dans la mesure où le développement cognitif de l'enfant le permet.
- Données du clinicien sur la parole, la fluence et le bégaiement (par exemple, fréquence/pourcentage de syllabes bégayées [%SB ou mots bégayés, %MB], le type, la durée et la sévérité des disfluences [par exemple, SEV ; O'Brian et al., 2004] ; la tension physique ; le débit de parole ; le caractère naturel de la parole [Martin & Haroldson, 1992], d'autres caractéristiques de la parole) dans différentes situations.
- Scores aux tests et mesures de la fluence verbale et du bégaiement (par exemple, Stuttering Severity Instrument [SSI ; Riley, 2009], Test of Childhood Stuttering [TOCS ; Gillam et al., 2009]).

Exemple de données pour le domaine 4 : Réactions de l'enfant au bégaiement

- Observations par les accompagnants des réactions émotionnelles, comportementales et cognitives de l'enfant face au bégaiement (par exemple, gêne, anxiété, honte, peur, évitement, substitution de mots)
- Témoignage de l'enfant sur ses réactions face au bégaiement et sur les moyens d'y faire face.
- Scores obtenus lors de tests portant sur les réactions de l'enfant au bégaiement et ses attitudes en matière de communication (par exemple, KiddyCAT ; Vanryckeghem & Brutten, 2007)

Exemples de données pour le domaine 5 : Réactions au bégaiement dans l'environnement

- Réactions des accompagnants au bégaiement, degré de préoccupation à l'égard du bégaiement, satisfaction à l'égard de la communication de l'enfant, perceptions de l'impact du bégaiement sur les accompagnants et la famille (ex. : Palin PRS).
- Observations par les accompagnants des réactions des autres, y compris les pairs et les membres de la famille.

Exemple de données pour le domaine 6 : Répercussions négatives associées au bégaiement

- Perceptions des accompagnants quant à l'impact du bégaiement sur la volonté ou la capacité de l'enfant à parler, sur sa participation aux activités sociales et éducatives, et sur la qualité de sa vie (par exemple, Palin PRS).
- Perceptions de l'enfant concernant l'impact du bégaiement sur la volonté ou la capacité de parler, la participation aux activités sociales et éducatives, la qualité de vie.

Annexe B : Évaluation du bégaiement chez les enfants d'âge scolaire (de 6 à 12 ans)

Procédures communément recommandées et exemples de données à recueillir dans six domaines fondamentaux de l'évaluation des enfants d'âge scolaire qui bégaient.

Procédures d'évaluation

- Formulaires d'histoire clinique pour l'enfant et les accompagnants, y compris les parents, les enseignants et les autres membres de la famille, le cas échéant.
- Entretiens avec l'enfant et les accompagnants.
- Observation de l'interaction entre l'accompagnant et l'enfant.
- Observation de la parole de l'enfant dans diverses situations de communication.
- Dépistage et évaluation, si nécessaire, du langage, de la parole, du tempérament, de l'audition et des compétences associées de l'enfant.
- Observation et évaluation de la fluence verbale et du comportement de bégaiement de l'enfant, de ses réactions au bégaiement et de l'impact du bégaiement

Exemple de données pour le domaine 1 : Informations générales sur le bégaiement

- Point de vue des accompagnants sur le trouble en général et sur les principales préoccupations.
- Témoignage des accompagnants sur les inquiétudes parallèles et les autres diagnostics.
- Témoignage des accompagnants sur l'évolution du bégaiement, y compris les antécédents familiaux de persistance et de guérison, le temps écoulé depuis l'apparition et l'évolution du bégaiement, l'évolution du trouble, ainsi que d'autres problèmes de parole ou de langage.
- Perception par les accompagnants des thérapies passées pour le bégaiement ou d'autres difficultés.
- Les connaissances et les expériences des accompagnants liées au bégaiement, y compris les croyances sur les facteurs de causalité, de déclenchement et de renforcement du bégaiement (par exemple, Palin [Palin PRS] ; Millard & Davis, 2016).
- Objectifs des accompagnants en matière de traitement du bégaiement (par exemple, échelle de la thérapie brève axée sur la solution [SBFT] ; Nicholas, 2015).
- Les perceptions de l'enfant et ses connaissances actuelles sur le bégaiement.
- Perceptions de l'enfant concernant les thérapies antérieures pour le bégaiement ou d'autres troubles.
- Le niveau d'inquiétude de l'enfant, sa volonté de changement et ses objectifs de traitement (par exemple, échelle SBFT).
- Rapports d'évaluation et d'évolution de la thérapie précédente, le cas échéant.

Échantillon de données pour le domaine 2 : parole, langage, tempérament et informations générales associées.

- Points de vue de l'accompagnant sur le développement de l'enfant, y compris le développement cognitif et socio-affectif, le comportement, l'autorégulation, les capacités, les tendances perfectionnistes et la capacité d'adaptation.
- Les observations du clinicien sur la communication de l'enfant et ses compétences associées.
- Les résultats des dépistages et des évaluations, au besoin, du développement du langage, de la motricité de la parole, de la production des sons de la parole et du tempérament (p. ex. la Child Behavior Checklist [CBCL] ; Achenbach & Rescorla, 2000).
- Les résultats des dépistages et des évaluations des facteurs associés, y compris l'anxiété (par exemple, l'échelle d'anxiété des enfants de Spence ; Spence, 1998), selon le cas

Exemple de données pour le domaine 3 : fluence verbale et comportement de bégaiement

- Observations et perceptions des accompagnants concernant la fluence et le bégaiement, y compris les types de disfluences, la tension physique, les caractéristiques secondaires et la sévérité (par exemple, Palin PRS ; Millard & Davis, 2016).
- Les observations et les perceptions des accompagnants et les facteurs qui affectent la fluence et le bégaiement dans diverses situations de communication.
- Perceptions et auto-évaluations par l'enfant de la parole, de la fluence et du bégaiement, y compris les types de disfluences, la tension physique, les caractéristiques secondaires et la sévérité, dans diverses situations de communication.
- Données du clinicien sur la parole, la fluence et le bégaiement (par exemple, fréquence/pourcentage de syllabes bégayées [%SS], type, durée, O'Brian et al., 2004) des disfluences, la tension physique, le débit de parole, le naturel de la parole [Martin & Haroldson, 1992] ; autres caractéristiques de la parole) dans différentes situations.
- Les scores obtenus lors de tests et de mesures de la fluence verbale et du bégaiement (par exemple, Speech Situation Checklist-Speech Disruption [SSC-SD] ; Brutus et al. 2004). [SSC-SD ; Bruten & Vanryckeghem, 2007], Stuttering Severity Instrument [SSI ; Riley, 2009], Test of Childhood Stuttering [TOCS ; Gillam et al., 2009].

Exemple de données pour le domaine 4 : Réactions de l'enfant au bégaiement

- Observations par les accompagnants des réactions affectives, comportementales et cognitives de l'enfant face au bégaiement (par exemple, gêne, anxiété, honte, peur, évitement, substitution de mots)
- Témoignage de l'enfant sur ses réactions au bégaiement et sur les moyens d'y faire face.
- Utilisation par l'enfant de stratégies de gestion de la parole et du bégaiement.
- Scores obtenus lors de tests portant sur les réactions de l'enfant au bégaiement et sur ses attitudes à l'égard de la communication (par exemple, la Behavior Checklist [BCL ; Bruten & Vanryckeghem, 2007], Communication Attitudes Test [CAT ; Bruten & Vanryckeghem, 2007], Speech Situation Checklist- Emotional Response [SSC-ER ; Bruten & Vanryckeghem, 2007], Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering-School-Age [OASES-S ; Yaruss & Quesal, 2016].

Exemple de données pour le domaine 5 : Réactions au bégaiement au sein de l'environnement.

- Réactions des accompagnants au bégaiement, degré de préoccupation à l'égard du bégaiement, satisfaction à l'égard de la communication de l'enfant, perceptions de l'impact du bégaiement sur les accompagnants et la famille (par exemple, PRS Palin).
- Observations par les accompagnants des réactions des autres, y compris les pairs et les membres de la famille.
- Perception par l'enfant des réactions des autres (par exemple, expérience du harcèlement).

Exemple de données pour le domaine 6 : Répercussions négatives associées au bégaiement

- Perceptions des accompagnants quant à savoir si et dans quelle mesure le bégaiement affecte la volonté ou la capacité de l'enfant à parler, sa participation aux activités sociales et éducatives, et la qualité de vie de l'enfant (par exemple, Palin PRS).
- Perceptions de l'enfant quant à savoir si et dans quelle mesure le bégaiement affecte sa volonté ou sa capacité de parler, sa participation aux activités sociales et éducatives, sa qualité de vie
- Scores aux tests de répercussion négative et de qualité de vie (par ex., BCL, OAESE-S)

Annexe C : Évaluation du bégaiement chez les adolescents (âgés de ~13 à ~18 ans)

Procédures communément recommandées et exemples de données à collecter pour six domaines fondamentaux d'évaluation des adolescents qui bégaiant, âgés d'environ 13 à 18 ans.

Procédures d'évaluation

- Formulaire d'histoire clinique pour l'adolescent et les accompagnants, y compris les parents, les enseignants et les autres membres de la famille, le cas échéant.
- Entretiens avec l'adolescent et les accompagnants.
- Observation de la parole de l'adolescent dans diverses situations de communication.
- Dépistage et évaluation, au besoin, du langage, de la parole, du tempérament, de l'audition et des compétences associées de l'adolescent.
- Observation et évaluation de la fluence verbale et du comportement de bégaiement de l'adolescent, de ses réactions au bégaiement et de l'impact du bégaiement

Exemple de données pour le domaine 1 : Informations générales sur le bégaiement

- Point de vue des accompagnants sur le problème en général et principales préoccupations.
- Témoignage des accompagnants sur les inquiétudes parallèles et les autres diagnostics.
- Témoignage des accompagnants sur l'évolution du bégaiement, y compris les antécédents familiaux de persistance et de guérison, le temps écoulé depuis l'apparition et l'évolution du bégaiement, ainsi que d'autres troubles de la parole ou du langage, le cas échéant.
- Les perceptions des accompagnants concernant les traitements antérieurs du bégaiement ou d'autres troubles.
- Les connaissances et les expériences des accompagnants en matière de bégaiement, y compris les croyances concernant les facteurs de causalité, de déclenchement et de renforcement (p. ex. Palin Parent Rating Scales [Palin PRS] ; Millard & Davis, 2016).
- Objectifs des accompagnants en matière de traitement du bégaiement (par exemple, échelle de la thérapie brève axée sur les solutions [SBFT] ; Nicholas, 2015).
- Les perceptions et les connaissances actuelles de l'adolescent sur le bégaiement
- Perceptions de l'adolescent concernant les traitements antérieurs du bégaiement ou d'autres problèmes.
- Le degré d'inquiétude de l'adolescent, sa volonté de changement et ses objectifs de traitement (par exemple, échelle SBFT)
- Rapports d'évaluation et d'évolution du traitement antérieur, le cas échéant.

Exemple de données pour le domaine 2 : parole, langage, tempérament et informations générales connexes.

- Opinions de l'accompagnant sur le développement de l'adolescent, y compris le développement cognitif et socio-émotionnel, le comportement, et les capacités d'adaptation
- Observations du clinicien sur la communication et les compétences associées de l'adolescent.
- Les résultats des dépistages et des tests, au besoin, du développement du langage de l'enfant, de la production des sons de la parole et du tempérament (p. ex. le tempérament de l'enfant (par exemple, la Child Behavior Checklist [CBCL] ; Achenbach & Rescorla, 2000).
- Les résultats des dépistages et des tests des facteurs associés, y compris l'anxiété (par exemple, l'échelle d'anxiété des enfants de Spence ; Spence, 1998), le cas échéant

Exemples de données pour le domaine 3 : fluence verbale et comportement face au bégaiement

- Observations et perceptions des accompagnants concernant la fluence et le bégaiement, y compris les types de disfluences, la tension physique, les caractéristiques secondaires, les facteurs affectant la variabilité et la sévérité dans différentes situations de communication (par exemple, Palin PRS ; Millard & Davis, 2016). Davis, 2016)
- Perceptions et auto-évaluations de la parole, de la fluence et du bégaiement par les adolescents, y compris les types de disfluences, la tension physique, les caractéristiques secondaires, les facteurs affectant la variabilité et la sévérité dans différentes situations de communication (par exemple, Palin PRS ; Millard & Davis, 2016).
- Données du clinicien sur la parole, la fluence et le bégaiement (p. ex. fréquence/pourcentage de syllabes bégayées [%SS], type, durée des disfluences [par exemple SEV O'Brian et al., 2004], la tension physique, le débit de parole, le naturel de la parole [Martin & Haroldson, 1992] ; autres caractéristiques de la parole) dans différentes situations.
- Les scores obtenus lors de tests et de mesures de la fluence verbale et du bégaiement (par exemple, Speech Situation Checklist-Speech Disruption [SSC-SD] ; Brutus et al. 2004]). [SSC-SD ; Brutton & Vanryckeghem, 2007], Stuttering Severity Instrument [SSI ; Riley, 2009]).

Exemple de données pour le domaine 4 : Réactions de l'adolescent au bégaiement

- Observations par les accompagnants des réactions affectives, comportementales et cognitives de l'enfant face au bégaiement (par exemple, gêne, anxiété, honte, peur, évitement, substitution de mots).
- Témoignage de l'adolescent sur ses réactions au bégaiement et sur les moyens d'y faire face.
- Utilisation par l'adolescent de stratégies de gestion de la parole et du bégaiement.
- Hiérarchie de l'anxiété liée à la parole en fonction de la situation/ hiérarchie de l'évitement.
- Scores aux tests des réactions de l'adolescent au bégaiement et de ses attitudes en matière de communication (par exemple, Behavior Checklist [BSL ; Brutton & Vanryckeghem, 2007], Communication Attitudes Test [CAT ; Brutton & Vanryckeghem, 2007], Speech Situation Checklist-Emotional Response [SSC-ER ; Brutton & Vanryckeghem, 2007], Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering-Teen [OASES-T ; Yaruss & Quesal, 2016]).

Exemple de données pour le domaine 5 : Réactions au bégaiement dans l'environnement

- Réactions des accompagnants au bégaiement, degré de préoccupation à l'égard du bégaiement, satisfaction à l'égard de la communication de l'enfant, perceptions de l'impact du bégaiement sur les accompagnants et la famille (ex. : Palin PRS).
- Observations par les accompagnants des réactions des autres, y compris les pairs et les membres de la famille.
- Perception par l'adolescent des réactions des autres (par exemple, expérience de harcèlement).

Exemple de données pour le domaine 6 : Répercussions négatives liées au bégaiement

- Perception des accompagnants quant à savoir si et dans quelle mesure le bégaiement affecte la volonté ou la capacité de l'enfant à parler, la participation aux activités sociales et éducatives, et la qualité de vie de l'enfant (par exemple, le Palin PRS).
- Perception par l'adolescent de l'impact du bégaiement sur sa volonté ou sa capacité de parler, sur sa participation aux activités sociales et éducatives et sur sa qualité de vie, et de l'ampleur de cet impact.
- Scores aux tests de répercussion négative et de qualité de vie (par ex., BCL, OASES-T)

Annexe D : Évaluation du bégaiement chez l'adulte (âges ~18 ans et plus)

Procédures communément recommandées et exemples de données à recueillir pour six domaines fondamentaux de l'évaluation des adultes qui bégaiement, âgés d'environ 18 ans et plus.

Procédures d'évaluation

- Formulaire d'histoire clinique pour l'adulte et ses proches, selon les cas.
- Entretiens avec l'adulte et ses proches, si nécessaire.
- Observation de la parole de l'adulte dans diverses situations de communication.
- Observation et évaluation de la fluence verbale de l'adulte et de son comportement de bégaiement, de ses réactions au bégaiement et de l'impact du bégaiement.

Exemple de données pour le domaine 1 : Informations générales sur le bégaiement

- Témoignage de l'adulte sur l'apparition du bégaiement et antécédents relatifs à celui-ci.
- Perceptions et connaissances actuelles de l'adulte sur le bégaiement.
- Perceptions de l'adulte concernant les thérapies antérieures relatives au bégaiement ou à d'autres sujets problématiques.
- La propension de l'adulte au changement et les objectifs du traitement (par exemple, la thérapie brève axée sur les solutions [SBFT] ; Nicholas, 2015).
- Objectifs actuels de l'adulte en matière de thérapie
- Rapports d'évaluation et de suivi du traitement antérieur, si nécessaire.

Exemple de données pour le domaine 2 : parole, langage, tempérament et informations générales connexes.

- Observations du clinicien sur la communication et les compétences associées de l'adulte.
- Scores obtenus lors de dépistages et évaluations de facteurs associés, y compris Fear of Negative Evaluation (FNE ; Watson & Friend, 1969), Self-Efficacy Scaling for Adults Who Stutter (SESAS ; Ornstein & Manning, 1985), si nécessaire.

Exemples de données pour le domaine 3 : fluence verbale et comportement de bégaiement

- Perceptions et auto-évaluations par l'adulte de la parole, de la fluence et du bégaiement, y compris les types de disfluences, la tension physique, les caractéristiques secondaires, les facteurs affectant la variabilité et la sévérité dans diverses situations de parole.
- Données du clinicien sur la parole, la fluence et le bégaiement (par exemple, fréquence/pourcentage de syllabes bégayées [%SS], type, durée et gravité des disfluences [par exemple, SEV ; O'Brian et al., 2004] ; tension physique ; débit de parole ; naturel de la parole [Martin & Haroldson, 1992] ; autres caractéristiques de la parole) dans différentes situations.
- Scores aux évaluations et mesures de la fluence verbale et du bégaiement (par exemple, Speech Situation Checklist-Speech Disruption [SSC-SD ; Brutton & Vanryckeghem, 2018], Stuttering Severity Instrument [SSI ; Riley, 2009]).

Exemple de données pour le domaine 4 : Réactions de l'adulte au bégaiement.

- Témoignage de l'adulte sur ses réactions face au bégaiement et sur ses stratégies d'adaptation.
- Utilisation par l'adulte de stratégies de gestion de la parole et du bégaiement
- Hiérarchie de l'anxiété liée à la parole en situation/ hiérarchie de l'évitement
- Scores obtenus lors des évaluations des réactions de l'adulte au bégaiement et des attitudes en matière de communication (par ex, Behavior Checklist [BCL ; Brutton & Vanryckeghem, 2018], Communication Attitudes Test for Adults [BigCAT ; Brutton & Vanryckeghem, 2018], Speech Situation Checklist-Emotional Response SSC-ER ; Brutton & Vanryckeghem, 2018], Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering-Adult [OASES-A ; Yaruss & Quesal, 2016], Self-Stigma of Stuttering Scale [4S ; Boyle, 2013], Unhelpful Thoughts and Beliefs about Stuttering [UTBAS-6 ; Iverach et al. , 2016], Wright-Ayer Stuttering Self-Rating Profile [WASSP ; Wright & Ayre, 2000]).

Exemple de données pour le domaine 5 : Réactions au bégaiement dans l'environnement.

- Réactions des personnes importantes au bégaiement et perceptions sur la façon dont le bégaiement affecte le locuteur et lui-même.
- Perceptions du locuteur concernant les réactions des autres (par exemple, expérience de la discrimination).

Exemple de données pour le domaine 6 : Répercussions négatives associées au bégaiement

- Perceptions du locuteur quant à savoir si et dans quelle mesure le bégaiement affecte la volonté ou la capacité de parler, la participation aux activités sociales et éducatives, la qualité de vie.
- Scores aux évaluations des répercussions négatives et de la qualité de vie (par exemple, BCL, OASES-A, WASSP).