

Université Abderrahmane Mira de Bejaïa

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

en vue de l'obtention du Diplôme de Master En

Pathologies du Langage et de la Communication

Thème

**La qualité de vie chez les enfants bègues
Etude de quatre (4) cas réalisée au cabinet
clinique de psychologie et d'orthophonie**

Réalisé par :

- BOUZELMADEN Yasmina

Encadré par :

M. HADBI Mouloud

Année universitaire :2020/2021

Remerciements

Je tiens à remercier mon directeur de mémoire monsieur MOULOUD HADBI pour son écoute, sa compréhension et ses conseils avisés lors de la réalisation de mon travail

Je remercie l'ensemble de personelles du service de cabinet clinique de psychologie et d'orthophonie à sa tête madame CHERDOUH NADIRA d'avoir acceptée de m'orienter durant toute la période du stage

Nous remercions tout particulièrement les personnes ayant répondu à notre questionnaire. Sans leur participation, notre mémoire n'aurait pu aboutir. Lire leurs témoignages fut passionnant et source de précieuses informations.

Enfin, je remercie chaleureusement ma famille et amis. Leur soutien durant cette année et les précédentes a été source d'une énergie indispensable pour mener à terme ce travail et croire en moi. Merci de m'avoir aidée à voir le positif, même lorsque le stress et la fatigue pesaient sur moi.

Dédicaces

C'est avec pleine de reconnaissance, et d'amour que je dédie ce travail à mes très chers parents : Smail et Nadia ; qui m'ont donnée la vie, qui était toujours à mes côtés et m'ont soutenu durant toutes mes années d'études et qui ont cru en moi et m'avoir encouragée dans chaque décision que j'ai prise.

A ma très chère grand-mère qui m'a toujours soutenue et a cru en moi.

A mes sœurs Kahina et Katia.

A toutes ma famille : mes tantes, mes oncles, mes cousins, mes cousines.

Et tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

Table des matières

Introduction générale	1
Problématique et hypothèses	4

Partie Théorique

Chapitre I : Le Bégaiement

Préambule

1.Lexicologie	10
2.Définition du bégaiement	11
3.Le bégaiement dans la nature	13
3.1. Epidémiologie du bégaiement : qui bégaye ?.....	13
3.2. Le bégaiement trouble de la personnalité.....	14
3.3. Sex-ratio.....	14
3.4. Age d'apparition.....	15
4. Les différents types du bégaiement.....	15
5. La cause du bégaiement.....	16
5.1. Facteur génétique	16
5.2. Facteur psychologique.....	17
5.3. Facteurs neurologiques	19
6.Le bégaiement chez l'enfant d'âge scolaire (8-12) ans	19
6.1. La formation des attitudes	19
6.2. L'école et la famille.....	20
6.3. Réaction de l'enfant à son propre bégaiement	21
7. Le bégaiement résultats de six malfaçons comportementales	22
8. Diagnostic et évaluation	23
9. Diagnostic différentiel.....	24
9.1. Bredouillement	24

9.2. Bafouillage	24
9.3. Dysarthrie	25
9.4. Dysphonie	25
9.5. Dysphasie Phonologique	25
10. Les spécificités d'une prise en charge.....	25

Synthèse

Chapitre II : La qualité de vie

Préambule

1. Historique du concept de la qualité de vie	32
2. Les approches de qualité de vie	32
2.1. Approche médicale	32
2.2. Approche philosophique.....	35
2.3. Approche psychologique	36
3. Définition de la qualité de vie.....	36
4. La qualité de vie chez l'enfant.....	37
5. La qualité de vie au quotidien.....	38
5.1. Communication	38
5.2. Autonomie et capacité à effectuer les tâches quotidiennes	39
5.3. Socialisation et loisirs.....	39
5.4. Impact perçu du trouble.....	39
5.5. Emotions et cognitions	40
6. L'évaluation de la qualité de vie.....	41
7. Mesure de l'impact du bégaiement sur la vie quotidienne	42

Synthèse

Partie Pratique

Chapitre III : La méthodologie de recherche

Préambule

1. La pré-enquête.....	45
2. Le lieu de la recherche.....	46
3. La méthodologie de la recherche	46
4. Les outils d'investigation	47
4.1. L'entretien clinique	48
4.2. L'entretien semi-directif.....	49
4.3. L'attitude du clinicien	49
4.5. Guide d'entretien.....	49
4.2. L'échelle de YARUSS OASES-S 2016.....	51
5. Les difficultés de la recherche	51
6. Les limites de la recherche	51
7. Présentation de la population d'étude et ses caractéristiques	52
7.1. Critères d'inclusion de notre population d'étude	52
7.2. Critères d'exclusion.....	52

Synthèse

Chapitre IV : Analyse des résultats et discussion des hypothèses

I. Analyse des résultats.....	67
II. Analyse générale	67
III. Discussion des hypothèses.....	68

Conclusion générale	71
----------------------------------	-----------

Bibliographie	73
----------------------------	-----------

Annexe

Liste des tableaux

Tableau	Titre	Page
Tableau N°1	Tableau récapitulatif des cas étudiés	53
Tableau N°2	Le degré moyen de la qualité de vie	68

Tableau des abréviations

Abréviation	Signification
DSM-5	Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Manteaux
OMS	Organisation Mondial De La Santé
Lidcombe	BéavioralTraitement For Children Who Stutter
QDV	Qualité De Vie
OASES-S	Overall Assesment Of the Speaker's Experience Of Stuttering School Age (7-12)

Introduction

Introduction

La parole est un moyen très approprié d'exprimer sa personnalité, et l'un des facteurs qui contribue au degré d'acceptation sociale. Il existe une relation forte entre le pouvoir de la personnalité et capacité d'exprimer. Certes ce n'est pas le cas pour tout le monde, les personnes atteintes du trouble du bégaiement se plaignant souvent car un tel trouble affectera leurs capacités d'exprimer leurs pensées de la manière qu'ils le souhaitent.

Le bégaiement est répandu dans le monde entier, dans toutes les cultures et races. Il n'est pas lié à une fonction ou à l'intelligence ni au revenu économique. Il affecte les deux sexes et tous les âges qui est d'ailleurs, c'est une pathologie très courante chez l'enfant entre, l'âge de 2 à 5 ans dont près de 5% seraient concernés. C'est un trouble qui remonte à l'antiquité, il y a des signes de son existence dans plusieurs civilisations telle que la civilisation chinoise et égyptienne c'est-à-dire que ce trouble existe depuis plus de 40 siècles.

Le bégaiement est défini selon le (DSM5) comme un trouble de la communication atteignant la fluence, qui se caractérise par la répétition de syllabes, l'hésitation ou l'interruption de la parole. Par ailleurs le bégaiement ne se limite pas à son aspect langagier, ce trouble présente de nombreuses conséquences psychologiques et sociales ayant un impact considérable sur la qualité de vie de la personne. À ce propos le bégaiement est largement associé à la notion de souffrance psychologique, les personnes atteintes de ce trouble sont confrontées à des changements et déséquilibre dans leur vie.

La qualité de vie est un concept difficile à traduire que l'organisation mondiale de la santé (OMS) a tenté de définir en 1994, la qualité de vie est une préoccupation centrale pluridisciplinaire qui contribue au bien-être psychologique, économique, sociale, la santé et le bonheur, les droits de l'homme etc...)

Notre présente recherche portera sur la qualité de vie des enfants bègues, conçu par l'utilisation de l'échelle de OASES-S. pour atteindre notre objectif de recherche nous avons choisi comme terrain d'étude le cabinet clinique de psychologie et d'orthophonie situé aux 130 logements dans la commune d'AKBOU.

Pour atteindre notre objectif d'étude nous avons organisé notre travail de la manière suivante, une introduction ensuite un cadre général de la problématique qui comporte une problématique et des hypothèses et on a devisé notre travail de deux parties.

La première partie théorique, devisé en deux chapitres intitulé :

Chapitre I : Le Bégaiement

Chapitre II : La Qualité De Vie

La deuxième partie est la partie méthodologique consacrée aux chapitres suivants :

Chapitre III : La Méthodologie De La Recherche

Chapitre IV : Présentation et analyses des résultats et discussions des hypothèses

Enfin, on clôture notre recherche par une conclusion générale.

Problématique

Et

Hypothèses

Problématique

Les troubles de l'acquisition du langage oral sont définis par l'apparition retardée du langage oral ou sont développement ralentis ou perturbés. Ces troubles peuvent être responsables de difficultés d'apprentissage chez l'enfant. Ces troubles du langage oral apparaissent chez un enfant doté d'une intelligence normale, en l'absence de toute atteinte cérébrale, neurologique, psychologique ou psychiatrique.

L'enfant concerné ne présente pas non plus de déficit moteur, mental ou sensoriel (vision et audition correctes), parmi ces troubles on trouve le bégaiement qui est mon thème de recherche notamment.

Les personnes bègues (de Moïse au roi George) forment un groupe bien distinct dans les rangs de ceux qui ne manient pas la parole avec aisance. Beaucoup d'entre elles vivent cette situation avec frustration, gêne, honte ou révolte selon le cas. Certaines personnes bègues adultes incriminent le bégaiement comme la cause de leurs malheurs, s'enferment dans leurs solitudes et dans le sentiment d'être incomprises. D'autres, aidées par un entourage compréhensif et de soutiens, parviennent à en parler et à s'orienter vers un spécialiste (F. Estienne et H.Bijleved, 2011, p9).

Le bégaiement peut faire souffrir l'enfant à la maison comme à l'école, même si bien souvent les difficultés sont peu verbalisées. Il peut être aussi gêné dans ses apprentissages et perdre confiance en lui. (C. Thibault et M.Pitrou ; 2018, p 139).

Le bégaiement est un trouble neuro-développemental de la communication qui entraîne une perte de l'auto -écoute et des désordres de la fluence de la parole dont les manifestations varient d'un enfant à l'autre. Mais qui présente de caractéristique communes suffisamment repérables pour affirmer que l'on est

dans le bégaiement qui sont : la perturbation du rythme avec une parole saccadé , des césures inadéquates , des répétitions tendue parfois compulsives (portant sur le premier phonème ou la première syllabe d'un mot) , des blocages (sur certains phonèmes , souvent les consonnes occlusives , et les voyelles en début d'énoncés ou en position pré phonatoire) , des prolongations ou allongement démesurés de son; la mise en place de stratégie compensatoire , l'impression de lutte contre les mots , des manifestation d'efforts se traduisent par des mouvements de tête , des yeux et des grimaces qui déforment la bouche , des clics buccaux , des blocages respiratoires , des inversion de la respiration et des réactions psychologique .

Si le bégaiement est traité précocement dès 2 ans jusqu'à 4 ans et demi, il disparaît souvent grâce à un accompagnement parental préventif pour 3 enfants qui bégaiement sur 4. (Thibault et M.Pitrou , 2018 , p 104 ,105) .

Pour les études antérieures faites sur la qualité de vie des personnes bègues, je cite l'étude de (Monfrais-Pfauwadel, 2014) dont son étude constate que les patients bègues éprouvent des difficultés à sentir, exprimer et reconnaître leur émotion. Parmi celle-ci on peut retrouver des émotions négatives assimilés au bégaiement, l'ensemble de ces émotions négatives entraînent la naissance de pensées irrationnelles alimentant le trouble. (A.Duriez et AL.Gabali . 2016, p 15 ,16).

Van Hout (2002) explique qu'à un certain stade de l'évolution du bégaiement, la frustration, la colère ressentie au moment d'un accident de parole vont laisser la place à une peur désormais anticipée. Schwartz (2002) considère cette anticipation comme un facteur de gravité marquant le passage de bégaiement primaire de l'enfant au bégaiement secondaire de l'adulte. La peur de bégayer pourra porter sur la prononciation de certains mots, ou sur des situations devenues trop anxiogènes. Chez certains cette anxiété peut même entraîner une

phobie sociale, l'individu s'enferme alors dans un cercle vicieux. (D.ana et L. juliane ,2009, p 10).

Le bégaiement affecte la communication, tant au niveau des diffidences qu'au

Niveau des ressentis et de la stigmatisation qu'il peut entraîner à l'enfance, il est fréquent qu'il ressurgisse et qu'il entrave la construction de la personnalité, qu'il entraîne un isolement. La qualité de vie des enfants qui bégaiement est alors affectée, ainsi nous allons chercher à savoir quel est l'impact du bégaiement sur la qualité de vie de l'enfant bègue et ce qui est au sein de la qualité de vie est le plus impacté chez ce dernier et prendre conscience de la nécessité de la prise en charge des personnes atteintes Et ce dans le but d'apporter des preuves scientifiques, puisque la prise en charge orthophonique du bégaiement de l'enfant est encore trop peu documentée. Pour cela ma problématique globale peut être formulée à travers les questions suivantes :

- Quel est l'impact du bégaiement sur la qualité de vie de l'enfant qui bégaiement ?
- Qu'est ce qui est affecté le plus au sein de la qualité de vie chez l'enfant bègue ?

Les Hypothèses

Hypothèse générale

- Le bégaiement impacte l'état psychologique et les interactions sociales de l'enfant bègue.

Hypothèse secondaire

- L'anxiété sociale est la plus affectée au sein de la qualité de vie de l'enfant bègue.

Partie

Théorique

Chapitre I

Le

Bégaiement

Préambule

Le bégaiement est une pathologie complexe associant des troubles de réalisation de la parole (versant moteur) à des difficultés de communication interpersonnelle (versant relationnel), pouvant entraîner de « gros retentissements sur l'élaboration de l'identité et la vie psychologique de l'individu atteint ».

A partir de ce chapitre on va aborder, lexicologie et définition du bégaiement, sa nature et son sexe ration, les différents types du bégaiement, la cause et le bégaiement chez l'enfant d'âge scolaire et puis en termine avec le diagnostic et évaluation et la prise en charge du bégaiement.

1. Lexicologie

Bégayer en grec

C'est la médecine grecque qui, la première, a classé le bégaiement parmi les maladies : trouble sévère de la parole dérivant de son organe, la langue ; ceux qui en souffrent doivent être soignés.

La langue grecque ancienne distingue le bégaiement du balbutiement ; elle comprend plusieurs verbes, adjectifs et substantifs pour désigner les troubles du langage :

Ψελλιζειν(*psellizein*), pour « bégayer » ;

Βαμβαινειν(*bambaineine*), pour « bégayer » ;

Βατταριζειν (*battarizeine*), pour « balbutier », « bredouiller » ;

Βαρβαριζειν(*barbarizeine*), pour « bredouiller comme un étranger » ;

Bégayer en latin

La langue latine offre moins de possibilités pour caractériser les divers troubles du langage ; le radical « bal- » y joue un rôle privilégié, équivalent au « βατ- » dans la langue grecque ; nous citons :

TABLE 1.1 Mots désignant le bégaiement

Italien	<i>Balbuze</i>	Perse	<i>Locknatezaban</i>
Espagnole	<i>Tartamundear</i>	Hindi	<i>Khaha</i>
portugais	<i>Gagueira</i>	Hindoustani	<i>Larbaraha</i>
Norvégien	<i>Stamning</i>	Egyptien	<i>Tuhuhtuh</i>
Tchèque	<i>Kortani</i>	Luganda	<i>Okukunanagira</i>

- *Balbare* : « bégayer, parler mal » ;
- *Balbutine* : « bégayer, balbutier, prononcer mal » ;
- *Blaterare* : « babiller, dire des mensonges ».

(A et G.VanHour ,2015 ,p3).

2. Définitions du bégaiement

Le bégaiement est un trouble moteur de l'écoulement de la parole qui est alors produite avec plus d'effort musculaire ; ce trouble s'aggrave avec la propositionnalité du discours et retentit secondairement sur les comportements de communication du sujet qui est en atteint et, provoque chez lui une souffrance psychologique ; il s'ensuit pour l'interlocuteur une désorganisation gênante de l'intelligibilité du discours.

C'est un trouble de la globalité de la communication, qui ne se limite pas à son aspect le plus apparent de désordre de l'élocution.

Hardcastle le dénomme « maladie des transitions » car sont tout autant perturbées les transitions des sons entre eux que les transitions entre le langage et la pensée, entre le langage et la parole, et entre la pensée et l'expression non verbale.

Les conséquences émotionnelles et psychologiques de ce trouble, qui est une maladie infantile de la parole dont une des formes est persistante, sont telles qu'elles en ont souvent été prises pour les causes. Sa multi-dimensionnalité et sa

grande variabilité d'un individu à un autre en font un challenge thérapeutique tout autant qu'un casse-tête nosologique. (Monfrais-Pfauwadel, 2014, p 4).

Dans leur ouvrage *Les bégaiements* », Anne Van Houtet Françoise Estienne (2002) apportent des précisions sur l'interaction entre les symptômes, les réactions et le mal en lui-même. Le bégaiement affecte le « débit de la parole » par des répétitions et des pauses « de durée anormale », associant aussi des « symptômes moteurs parfois spectaculaires » affectant le visage, la respiration, les membres, etc. On parle pour ces symptômes de « symptômes primaires ». Mais bien que ce soient ces manifestations qui sont le plus souvent retenues par les interlocuteurs de personnes bègues, la pathologie s'exprime aussi pour le patient au travers de comportements destinés justement à combattre ces symptômes primaires (éviter, peur,). On parle alors de symptômes secondaires. Au fur et à mesure, ces comportements de lutte contre les troubles moteurs s'ancrent profondément dans les schémas d'interaction du bègue, accentuant le malaise ressenti tant de son côté que du côté de son interlocuteur. Et paradoxalement, « bien qu'ils s'opposent aux troubles de la parole, [les symptômes secondaires] finissent par devenir plus gênants que ces troubles eux-mêmes » (Van Hout et F. Estienne, 2002, p58).

Le dictionnaire d'Orthophonie (2004) présente le bégaiement de la manière suivante : « Trouble fonctionnel de l'expression verbale affectant le rythme de la parole en présence d'un interlocuteur. Il s'inscrit donc dans le cadre d'une pathologie de la communication. Les accidents qu'il entraîne dans le déroulement de la parole sont très variables d'un sujet à l'autre : répétitions de syllabes, prolongements de sons, blocages, spasmes respiratoires, syncinésies de la face et du cou. Il n'existe actuellement aucune certitude sur l'étiologie de ce trouble. Beaucoup d'hypothèses ont été avancées, allant des malformations organiques à l'origine psychologique en passant par l'hérédité ou la gaucherie contrariée. La tendance actuelle favorise l'hypothèse de facteurs multiples en

différenciant des facteurs favorisants liés à l'enfant ou liés à son environnement, des facteurs déclencheurs et des mécanismes de chronicisation. Ce trouble affecte 1% de la population, trois garçons pour une fille et débute le plus souvent entre 3 et 7 ans. »

Après cette définition générale sur le bégaiement, le dictionnaire d'Orthophonie présente différentes formes de bégaiement : le bégaiement clonique, le bégaiement physiologique, le bégaiement tonico-clonique et le bégaiement tonique. Cependant, ces terminologies ne sont plus employées ni à utiliser : actuellement, on parle uniquement de bégaiement et de disfluences. La personne bègue est aussi présentée de la manière suivante dans ce dictionnaire : « personne dont la parole présente des troubles du débit et du rythme dès lors qu'elle s'adresse à un interlocuteur. Les situations de bégaiement varient d'une personne à l'autre (souvent chanter une chanson est possible), et ont des conséquences également variables sur l'intégration sociale et professionnelle des personnes bègues. »(Dictionnaire d'orthophonie, 2004).

3. Le bégaiement dans la nature

3.1. Epidémiologie du bégaiement : qui bégaye ?

L'incidence est le nombre de personnes qui peuvent être atteintes sur une année par une affection donnée.

La prévalence est le nombre de personnes dans la population générale qui, sur une année entière, vont être affligées par ce problème.

Selon (YAIRI 2013) l'incidence sur toute la durée de vie, dans la population en générale, serait au-delà des 5% indiqués jusqu'alors. La prévalence moyenne sur toute une durée de vie serait inférieure au 1% relevé. L'effet sur l'incidence et la prévalence de l'appartenance raciale ou ethnique, de la culture, du bilinguisme n'est toujours pas confirmé (Monfrais-Pfauwadel, 2014, p5).

4.2. Le bégaiement : Trouble de la personnalité

Les psychiatres et les psychanalystes se sont surtout attachés à analyser la personnalité du bègue plutôt que ces structures verbales et ont classifié le bégaiement parmi les psychonévroses.

On a décrit le bègue comme une personne qui a peur de ses propres pulsions agressives et on a insisté sur la prévalence d'attitudes inconscientes sadiques anales et agressives anales.

Par exemple, au début du XX siècle, Alfred Applet (1929) définit le bégaiement comme une forme d'infantilisme psychique, expression complexe d'un système compensatoire et d'une recherche de sécurité.

Leopold Stein (1953) interprète le bégaiement comme un trouble psychosomatique en tant que tel, le clonus serait l'équivalent d'un babillage d'enfant.

Otto Fenichel (1945) mentionne la signification sadique anale inconsciente que la parole acquise pour le bègue. Très souvent, le fait de parler à la signification d'un acte agressif dirigé contre celui qui écoute.

Bernard Barrau (1977) insiste sur « la violence » subie par le bègue et son rôle comme déclenchant du bégaiement. (F.Etienne, 2015, p11,12).

3.3. Sex-ratio

Le bégaiement toucherait de façon égale garçon comme fille avant l'âge de trois ans (YAIRI 1983). Ensuite, l'écart se creuserait progressivement entre trois et cinq ans (3 garçons pour 1 fille), jusqu'à arriver à un ratio de 4 garçons pour 1 fille après 5 ans. A l'âge adulte, parmi la population touchée par un bégaiement durable, le ratio monte à 11 garçons pour 2 filles (5,5 pour 1, soit près de 85%). Comme souvent, la population masculine semble plus affectée par le bégaiement que la population féminine. Claire Dinville (1992) constate que la prédominance masculine de cette pathologie est à rapprocher des situations constatées dans tous les autres troubles d'élaboration du langage (retard de

parole, dyslexie, dysorthographe, dans lesquelles elle voit une parenté évidente. Ceci pourrait être dû à un retard de développement du langage chez le garçon par rapport aux filles (Dinville 1992) ou à une attitude parentale différente quant au langage dysfluent du garçon. Cette attitude permettrait aux filles de pouvoir « évacuer les tensions » par la verbalisation plutôt que « par la dépense physique ». (Deniaud G. 2008, p 64).

3.4. Âges d'apparition

Selon une étude de L. Rustin (1991) sur une cohorte de 209 enfants, l'âge d'apparition se situerait pour 27% d'entre eux avant 3 ans, 68% entre 3 et 7 ans, 5% après 7 ans, avec un âge moyen de début à 3 ans et demi. Yairi (2013) corrige ces chiffres d'après ses propres constatations : 85% des bégaiements s'installeraient avant 42 mois, c'est-à-dire 3 ans et demi et une médiane à 33,4 mois- soit bien plus tôt qu'on ne le pensait jusque-là. (Monfrais-Pfauwadel, 2014, p. 204).

4. Les différents types du bégaiement

On définit dorénavant trois grands types de bégaiement, que l'on a distingués en fonction de leurs apparitions (avant ou après l'acquisition du langage), de leur évolution et d'une cause externe connue, à savoir :

- ***Le bégaiement développemental***

C'est le plus courant ; il apparaît entre 2 et 4 ans et guérit spontanément en deux à quatre années ; il représenterait 75% des cas.

- ***Le bégaiement développemental persistant***

Il apparaît aussi entre 2 et 4 ans, voire plus tard et persiste à l'âge adulte ; il représenterait 20% à 25% des cas.

- *Le bégaiement acquis*

Il apparaît à n'importe quel âge ; au décours d'un problème neurologique, d'un AVC ou d'un traumatisme crânien, après une infection à streptocoques (syndrome du PANDAS). (Monfrais-Pfauwadel, 2014, p 6).

5. La cause du bégaiement

S'il est aujourd'hui avéré que le bégaiement a une prédisposition génétique, aucune étude n'a réussi à mettre en lumière l'action de tel ou tel gène sur l'apparition de cette pathologie et des troubles qui y sont associés. Le bégaiement n'est pas, en l'état des connaissances actuelles, une fatalité génétique dont on peut analyser la transmission de parents à enfants, mais un trouble qui a besoin, pour apparaître et perdurer, de différents éléments : les facteurs prédisposant, les facteurs déclenchants et les facteurs favorisant.

5.1. Facteur génétique

Le bégaiement aurait essentiellement une origine génétique. Les troubles d'élocution seraient dues à une dysrégulation de l'expression des récepteurs dopaminergiques chargés de la transmission des messages nerveux. Il en résulte des différences anatomiques et fonctionnelles dans les régions spécialisées du cerveau (hémisphère droit et hémisphère gauche). Des années 30 à ce jour, 9 gènes liés au bégaiement ont pu être identifiés. Des gènes mutés qui affectent directement le neurométabolisme. Les mécanismes d'action n'ont toujours pas été clairement identifiés. En effet, l'étude des familles indique que le facteur génétique est un élément déterminant dans l'apparition du trouble. D'après A.M Simon : « la présence d'un parent bègue au premier degré multiplie par 2 ou 3 le risque d'être bègue soit même ». (Simon, A.M, 1999, p 90)

Par ailleurs, Kidd à travers son étude ; a montré qu'un père bègue risquait d'avoir 22% de ses fils bègues contre 9% de ses filles alors qu'une mère bègue courait un risque plus important d'avoir 39% de ses fils bègues et 17% de ses

filles. Cette affirmation a finalement été contestée par Ambrose et Yairi (1993). (Kidd, k,1984, p33).

5.2. Facteurs psychologique

F. le Huche (1998), explique qu'un mauvais déroulement dans l'un des deux stades du développement de l'enfant : le stade anal et le stade orale pourrait avoir un lien avec l'apparition du bégaiement, sans en être la cause unique. Il aborde également les processus de séparation nécessaires au développement normal de l'enfant, des ruptures et des failles peuvent s'opérer lors de cette évolution et devenir synonymes de traumatisme. De son côté, Glauber signale l'importance de rôle de la mère et son interaction avec l'enfant dans l'origine de bégaiement. Il existe une véritable liaison entre le premier apprentissage du langage et une relation et une relation Perturbé avec la mère. (Glauber. P, 2018, P55).

D'autres facteurs sont dit « déclenchants », c'est-à-dire que sans être directement impliqués dans le bégaiement ni affecter le risque d'apparition ou l'intensité des symptômes, ils participent au trouble en créant un terrain d'apparition là où l'enfant réussissait à occulter ses difficultés. Des événements très durs, voire traumatiques, peuvent être ces déclencheurs, comme un déménagement, une rupture dans l'environnement familial, un deuil, un accident, ... Peu importe d'ailleurs que ces événements soient réels ou imaginaires, qu'ils aient eu lieu dans la vie directe de l'enfant ou chez un camarade de classe, un cousin ou un copain. D'ailleurs, généralement, rien d'aussi manifeste ne vient perturber la vie de l'enfant. Il s'agit simplement du ressenti que l'enfant a de son histoire, de son entourage, des émotions qui lui sont communiquées. Comme nous l'avons vu précédemment, les tranches d'âge dans lesquelles le bégaiement se manifeste le plus souvent sont aussi des époques où l'enfant enrichit considérablement son univers personnel et social (premières socialisations, entrée à l'école « des grands », entrée dans l'adolescence...). Ces événements de vie traversés par tout un chacun peut être,

pour les enfants à prédisposition de bégaiement, des facteurs déclenchants. Il est normal que lors du développement de son langage, l'enfant connaisse des accidents de parole. (, Aunis-Oumghar et Iris Mechali2012, p19).

Lorsque l'enfant subit des pressions auxquelles il ne peut répondre, des tensions vont progressivement s'installer dans sa parole. Ces pressions peuvent être multiples :

- *Plan temporel* : il faut attendre l'âge de 6 ans pour que l'enfant ait notion de la date et des jours de la semaine, et 8 ans pour avoir une conscience de l'écoulement horaire du temps. Un rythme de vie trop rapide, qui ne laisse pas de pause, ne donne pas les clés à l'enfant pour concevoir l'écoulement du temps autour de lui, de se « structurer (...) autour de repères rassurants ».

- *Plan linguistique* : là aussi, les interactions langagières des parents qui ne respectent pas les capacités réelles de l'enfant (trop rapides, trop riches, trop exigeantes en termes de formes et de structures syntaxiques,) vont amener l'enfant à accélérer son débit alors même que ses systèmes moteur et linguistique ne sont pas encore assez matures.

- *Plan comportemental* : concevoir, intégrer et automatiser les normes sociales prend du temps, et il est normal que le jeune enfant, même avec la meilleure volonté du monde, ne les respecte pas toutes, ni occasionnellement, ni systématiquement. Confronté à des exigences comportementales auxquelles il n'a pas les moyens de répondre (en particulier quand la réaction des parents aux « erreurs » sociales sont franchement négatives, voire humiliantes), l'enfant développe des « comportements d'effort inadaptés » qui vont affecter sa communication.

Ces pressions sont rarement uniques : les pressions temporelles ne s'exercent que peu en l'absence de pressions langagières ou comportementales. Il y a généralement un terrain d'exigences et de stress au sein même de la famille qui va affecter négativement l'enfant alors même que les parents ne lui souhaitent justement que le meilleur. (Aunis-Oumghar et Iris Mechali,2012, p19).

5.3. Les facteurs neurologiques

Les études en neuro-imageries tendent à montrer que le bégaiement pourrait provenir, entre autres, d'un déficit du traitement neural qui sous-tend le langage oral. Des différences au niveau du fonctionnement cérébral structural et fonctionnel sont observées chez les personnes qui bégaiement par rapport au fonctionnement cérébral des personnes contrôles.

Un grand nombre d'études en neuro-imagerie, utilisant différentes techniques d'exploration (PET, IRM, etc.) ont décelé un fonctionnement anormal dans certaines régions corticales et sous-corticales du cerveau des personnes qui bégaiement. Parmi ces régions, citons, entre autres, le cortex moteur, l'insula, les régions auditives, les ganglions de la base, le cervelet, etc. De plus, des anomalies au niveau de la connexion entre les régions liées à la parole ont été mises en évidence par des études de connectivité fonctionnelle.

D'autres études ayant utilisé le système d'imagerie en diffusion relèvent un déficit de transmission de la matière blanche dans les aires cérébrales du langage et de la production orale (Chang et al., 2011 p 21 et Packman, 2013, p207).

6. Le bégaiement chez l'enfant d'âge scolaire (8-12 ans)

6.1 La formation des attitudes

L'enfant se sent très frustré, malheureux et fatigué (c'est physiquement très fatigant de se battre contre sa propre parole toute la journée). Les attitudes réactionnelles se développent vers cette période et le petit exercice de l'iceberg le montre bien. Des cognitions erronées peuvent se mettre en place et conduire à une baisse de l'estime de soi et un sentiment de dévalorisation si l'entourage ne vient pas à la rescousse ou ne saisit pas bien ce qu'il veut dire. (Monfrais-Pfauwadel, 2014, p 212).

6.2. L'école et la famille

Les moqueries et le harcèlement peuvent débuter dans la fratrie même. Il est important alors de faire une réunion familiale et de mettre au point un code de bonnes conduites. Certaines techniques de thérapie familiale sont d'une grande aide. Il faut essayer de faire comprendre à l'entourage que chacun dans la famille a son propre problème (au moins un) et que nul n'est à l'abri de ce genre de moquerie, c'est là qu'il convient de tenter autre chose, en particulier la bienveillance, qui n'est pas la pitié. (Monfrais-Pfauwadel, 2014, p 212).

Selon les théories psychanalytiques, les parents du bègue se montreraient en générale extrêmement exigeants envers tous, surtout envers l'enfant, et éternellement insatisfaits. L'enfant doit donc répondre au désir imaginaire de l'un et de l'autre. Les parents veulent réaliser en l'enfant une image idéale d'eux-mêmes. Ce désir parental viendrait de la relation précœdipienne dans laquelle ils sont restés avec leurs propres parents.

- L'enfant réagit par son bégaiement.
- Il n'accède jamais à l'autonomie parce que sa mère s'acharne à entretenir une dépendance infantile à son égard ; il en résulte un morcellement des objets et du moi, exprimé par la parole hachée du moi.
- L'impossibilité de situer sa propre personne et l'anxieuse insatisfaction maternelle engendrent de l'angoisse, le bégaiement apparaît alors pour permettre au sujet d'échapper à celle-ci.
- « Le bègue ne peut pas parler, son expression verbale n'est que hoquet, hésitation, changement, impuissance, insatisfaction. » les mots sont vécus comme des objets destructeurs, chargé d'agressivité. La parole est toute puissance et parler c'est dire son plaisir.

- « L'accès à l'autonomie n'étant jamais atteints, le sujet bègue ne se choisi pas lui-même, ni dans le rapport qu'il a avec les autres, ni dans son corps. Il est faible, impuissant dès la bouche... »

(F. Estienne, 2015, p 13).

6.3. Réaction de l'enfant a son propre bégaiement

Les réactions de l'enfant sont très variables. Certains enfants peuvent ne pas de tout faire une différence avec leur parole d'avant, d'autre peuvent être très gênés et le manifestent en tournant la tête, en se cachant la bouche, en le verbalisant, en se mettant en colère après eux-mêmes, etc.

Dès l'âge de 3-4 ans ; l'enfant qui commence à bégayer peut développer des attitudes réactionnelles négatives vis-à-vis de sa parole. Elles seront systématiquement recherchées lors du premier entretien avec le clinicien et des entretiens des conseils adéquats seront prodigués à la famille et à l'entourage.

Les spéculations sur le mécanisme de déclenchement vont bon train. En effet, il faut être conscient qu'il s'agit bien d'un saut qualitatif et que le « système » de production de la parole passe rapidement d'un mode de fonctionnement fluent (avec ses disfluences souples « normales ») à un mode de fonctionnement disfluent ou l'effort et les signes de l'effort apparaissent assez soudainement.

Par ailleurs ; ce créneau d'apparition entre 2 et 6 ans est celui de l'acquisition du langage, de la formation de la pensée et des représentations mentales. Les structures cérébrales du langage sont constamment sollicitées et leur organisation change rapidement, ainsi que les voies et aires motrices de la parole. C'est un équilibre fragile qui peut se mettre facilement à diverger, mais, rappelons la métaphore du funambule avec son équilibre en recrutant de plus vastes réseaux neuronaux.

(Monfrais-Pfauwadel, 2014, p 212. 214).

7. Le bégaiement résultat de six malfaçons comportementales

François le Huch (1987) décrit les six malfaçons (définie par rapport à la parole normale) qui caractérisent le comportement physique et mental du bégai quand il bégai. François le Huche aborde donc le bégaiement à un niveau intermédiaire entre le niveau superficiel (symptomatique) et le niveau profond qui correspond aux facteurs psychologique et/ou constitutionnels du bégaiement.

Ces malfaçons sont les suivantes :

- Inversion du réflexe normal de détente au moment des difficultés de la parole ;
- Perte du contact avec autrui ; perte de caractère spontané de la parole ;
- Perte de comportement tranquillisateur
- Perte de la possibilité de faire état de ses difficultés de parole et d'accepter l'aide de l'interlocuteur ;
- Perte de l'auto écoute ;
- Altération de l'expressivité.

(F. Estienne,2015, p16)

8. Diagnostique et évaluation

Le diagnostic du bégaiement est réalisé à l'aide d'un bilan orthophonique qui permet de faire une proposition de prise en charge adaptée. Le bilan vise à déterminer la présence ou non de bégaiement, la sévérité de celui-ci et son impact sur la vie quotidienne. En effet, la prise en charge orthophonique du bégaiement vise avant tout à améliorer la qualité de vie de la personne qui bégai. La nomenclature de l'INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité) se base sur les critères diagnostiques fournis par le DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 2003, p.78) qui sont les suivants : « La caractéristique essentielle du Bégaiement est une perturbation de la fluence normale et du rythme de la parole, qui est inappropriée à l'âge du sujet (Critère A). Cette perturbation se caractérise par de fréquentes répétitions ou

prolongations de sons ou de syllabes (Critères A1 et A2). D'autres types divers de troubles de la 10 fluence de la parole peuvent être impliqués, comme des interjections (Critère A3), des interruptions de mots (p. ex., pauses dans le cours d'un mot) (Critère A4), des blocages audibles ou silencieux (pauses dans le cours du discours comblées par autre chose ou laissées vacantes) (Critère A5), des circonlocutions (pour éviter les mots difficiles en leur substituant d'autres mots) (Critère A6), une tension physique excessive accompagnant la production de certains mots (Critère A7), des répétitions de mots monosyllabiques entiers (p. ex., « je-je-je-je le vois ») (Critère A8). (American Psychiatric Association [APA], 2003, p.78).

La perturbation de la fluence de la parole interfère avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale (Critère B). S'il existe un déficit moteur affectant la parole ou un déficit sensoriel, les difficultés d'élocution dépassent celles habituellement associées à ces conditions (Critère C). ». L'attestation de la présence d'un bégaiement doit être effectuée à l'aide d'un test figurant dans la liste limitative établie par la Commission de conventions avec les logopèdes. Le diagnostic du bégaiement passe obligatoirement par l'observation et l'analyse de la parole de la personne qui bégaie. Il faut donc observer dans le discours de l'enfant (1) la fréquence des disfluences, (2) le type de disfluences produites, (3) la durée des disfluences et (4) les comportements associés aux disfluences (Zebrowski, 1995). Chez l'enfant, le test StutteringSeverity Instrument IV (SSI-4, Riley, 2009) peut notamment être utilisé. Le bilan atteste donc de la présence d'un bégaiement et évalue la sévérité de ce bégaiement de manière quantitative et qualitative. (American Psychiatric Association [APA], 2003, p.78).

A partir de 10 ans, l'évaluation de l'impact du bégaiement sur la vie quotidienne de la personne qui bégaie est obligatoire, à l'aide d'échelles spécifiques autres que le SSI-4. Différents facteurs peuvent moduler l'impact du bégaiement sur la vie quotidienne de la personne qui bégaie, comme l'anxiété

liée à la parole par exemple. Le bégaiement ainsi que les troubles associés peuvent alors altérer la qualité de vie de la personne qui bégaie. C'est l'évaluation de cet impact sur la qualité de vie et la vie quotidienne de la personne qui bégaie qui guidera les objectifs de prise en charge proposés par la suite. (Pauline Gantier,2018, p09).

9.Diagnostic différentiel

Les troubles de la fluence sont nombreux et leurs différences subtiles ; il ne faut cependant pas se tromper lors du diagnostic car leurs prises en charge seront différentes.

9.1. Bredouillement : Le bredouillement se caractérise par une parole à débit trop rapide amenant des escamotages phonétiques et syllabiques, des interjections, des faux départs ou des autocorrections. (F.Estienne et AVanHout. (2002), p.138). Bien que voisin du bégaiement, le bredouillement se différencie toutefois par son trouble essentiellement articulo-rythmique, son manque de mot, son débit rapide, ses courtes pauses très nombreuses et inadéquates. L'intelligibilité de la parole est perturbée. Contrairement au bégaiement, ne sont présents ni blocage ni répétition. La précipitation conduit à avaler des syllabes. Le bredouilleur aime parler. Il n'a pas conscience de ce trouble contrairement au bègue. Par ailleurs lorsqu'il se contrôle, la parole est tout à fait intelligible. Le bredouillement se manifeste chez des sujets tachylaliques dont le langage se construit normalement. Leur pensée se formule bien sous forme de langage, mais elle est trop rapide par rapport à l'élaboration de leur discours. Ce sont souvent des sujets impulsifs, qui veulent parler trop vite et qui se précipitent dans des séries de rhèmes trop nombreuses ; dans des phrases compliquées ou des mots très longs qui rendent leur parole difficile à comprendre. (C. Dinville.1992, p.7).

Des formes mixtes seraient possibles et notamment une apparition du bégaiement après le bredouillement. Le bredouillement peut aussi apparaître

suite à des lésions cérébrales et se retrouve ainsi fréquemment dans la maladie de Parkinson.

9.2. Bafouillage : Contrairement au bredouillement, ce n'est pas l'articulation qui est touchée dans le bafouillage mais le langage et le débit. Le bafouillage est souvent associé au bégaiement. Il se rencontre principalement chez des sujets qui ont été forcés sur le plan linguistique, ou qui ont des difficultés à formuler leur langage correctement, d'où des constructions illogiques, des lapsus, des hésitations expressives... La parole comporte donc des arrêts inopportuns, des répétitions, de fausses liaisons... Le rythme est saccadé, précipité. Le débit trop rapide.(C.Dinville 1992, p.6).

9.3. Dysarthrie : La dysarthrie est un trouble acquis de l'élocution lié à une atteinte neurologique des systèmes moteurs participant à l'expression de la parole. (Gayraud-Andel et M.Poulat 2011,p.50) Il existe plusieurs types de dysarthries. La plus proche du bégaiement se retrouve dans la maladie de Parkinson. La prosodie est, dans ce cas, affectée ; l'intelligibilité et l'intensité sont réduites. Le débit est accéléré. La parole peut être émaillée de blocages, pauses et répétitions et des palilalies.

9.4. Dysphonies : spasmodiques En adduction ou en abduction, ces dysphonies sont caractérisées par des spasmes laryngés. Elles concernent la plupart du temps les adultes, surtout les femmes de plus de cinquante ans, mais existent aussi chez les enfants. L'intelligibilité est réduite, les mots sont hachés. La voix est chevrotante, étranglée et l'intensité est fluctuante.

9.5. Dysphasie phonologique : La dysphasie est un trouble développemental grave. Lorsqu'elle est de type phonologique, les troubles sont surtout expressifs touchant la programmation phonologique. La compréhension est normale mais l'expression bien que fluente est inintelligible par déformation des sons du langage. Ils peuvent répéter des phonèmes isolés mais pas les programmer. La syntaxe est souvent préservée.(I. Rapin et S. Allen1983, p155.184).

10. Lesspécificités d'une prise en charge :

La diversité des tableaux cliniques du bégaiement amène à un foisonnement d'abord thérapeutiques qui peuvent être associés dans une même prise en charge. Le traitement du bégaiement ne peut être uniforme et il doit s'adapter à chaque personne souffrant de bégaiement, son histoire, ses attentes. Le thérapeute, lui, tient compte de sa formation, des courants qui l'habitent, des études et recherches actuelles. (Marvaud et Simon, 2001, p. 28).

Le jeune enfant (avant 4-5 ans)

Différents modes d'interventions sont proposés en fonction de l'âge de l'enfant. Avant 4-5 ans, la prise en charge s'effectue généralement sous forme d'accompagnement familial, au cours d'entretiens avec la famille et l'enfant. Intervenir rapidement On insiste sur le fait d'intervenir le plus précocement possible, dès que l'enfant est embarrassé avec sa parole et commence à faire des efforts pour s'exprimer. Ces difficultés sont bien souvent transitoires, mais il est important de veiller à ne pas favoriser l'installation du trouble. Le suivi a dans ce cas toutes les chances d'être de courte durée, deux ou trois séances peuvent suffire. Pour d'autres enfants, un suivi plus long est nécessaire. L'intervalle entre les entretiens est plus ou moins rapproché (entre une semaine et un mois), de manière à surveiller l'évolution de l'enfant. Cela nécessite donc d'y consacrer du temps en séance en fonction de la gêne qu'il exprime et des objectifs qu'il s'est fixés dans le cadre de sa rééducation.

Répondre à l'appel

On considère l'apparition d'un bégaiement comme le signe que l'enfant est momentanément "débordé". Les difficultés surviennent généralement dans des périodes de développement particulièrement intense, souvent vers 3-4 ans. C'est l'âge où le langage, la motricité, les cognitions, l'affectivité progressent vite et d'une manière pas toujours homogène. La parole est au premier plan, particulièrement sollicitée dans les relations de plus en plus riches avec son entourage. Il est important d'entendre le signal envoyé par le bégaiement afin

d'adapter la communication aux capacités du moment de l'enfant. Le thérapeute informe sur ce qu'est le bégaiement et les moyens de venir en aide à l'enfant.

Les points abordés sont plus particulièrement :

- L'appui donné par la façon de parler des parents ; ils veilleront à ce que leur débit ne soit pas trop rapide, que leur langage ne soit pas trop complexe. Ils seront entraînés par le thérapeute à la pratique d'un parler "tout doux" qu'ils utiliseront quand l'enfant sera en difficultés.
- Les tours de parole afin que l'enfant ait le temps de parler ; parallèlement, l'entourage le soutient en lui proposant un mot sur le mode interrogatif quand il bloque, des questions pour l'aider à structurer ses propos...
- L'évocation tranquille du bégaiement en évitant de lui donner des signaux négatifs comme des froncements de sourcils, le détournement du regard...

Dans cette période de turbulence, on recherche les facteurs déstabilisants pour l'enfant, comme une pression temporelle trop grande ou des exigences décalées par rapport à ses possibilités. Les parents citent souvent un facteur déclenchant tel qu'un déménagement ou l'arrivée d'une petite sœur. Il est important de replacer l'apparition d'un bégaiement dans un ensemble de facteurs, l'événement étant la goutte qui a fait déborder le vase.

Le jeune âge de l'enfant demande une participation active de l'entourage qui veille à soutenir l'enfant et à privilégier des moments d'échange tranquille. En fonction de l'évolution du bégaiement, une modalité plus directe de prise en charge peut être proposée. Des séances régulières sont alors pratiquées avec l'enfant. D'autres modalités de rééducation existent actuellement, plus codifiées, sous forme de programme. (©Association Parole Bégaiement 2012, p9).

Le programme Lidcombe

Ce programme s'étale sur une quinzaine de séances en moyenne. Il est destiné aux enfants d'âge préscolaire et est centré uniquement sur la parole. Les parents sont les moteurs de la thérapie en accordant des moments d'attention

journaliers à la parole de leur enfant : au cours d'une activité partagée, le parent signale à l'enfant quand sa parole est fluide avec des formulations comme "ta parole est toute douce". Parallèlement, il estime chaque jour sur une grille d'évaluation le niveau de sévérité du trouble. La courbe donne ainsi une visualisation des progrès réalisés. Le programme permet aussi à l'enfant de faire une autoévaluation positive. Un des intérêts de cette méthode est d'axer l'attention de l'enfant – et des parents - sur les moments où il parle sans bégayer, lui montrant ainsi que la solution se trouve en lui. Le programme Lidcombe est également utilisé avec les enfants d'âge scolaire. (©Association Parole Bégaiement 2012, p9).

L'enfant d'âge scolaire (6/12 ans)

Au fur et à mesure que l'enfant grandit, le bégaiement tend à s'installer et l'action sur l'entourage n'est souvent pas suffisante. Une prise en charge individuelle est alors nécessaire parallèlement aux entretiens avec les parents. Il est important d'intervenir avant que les comportements réactionnels ne se mettent en place. En grandissant, l'enfant prend conscience du regard des autres, il peut se heurter à des moqueries et chercher à cacher son bégaiement. Il commence spontanément à trouver les "trucs" pour ne pas bégayer, tels de grandes inspirations, des mots d'appui, des changements de mots, qui risquent de l'enfermer dans ses difficultés.

La demande vient rarement de l'enfant, ce sont généralement les parents, souvent alertés par les instituteurs, qui sont à l'origine de la démarche. La lecture à voix haute est une situation particulièrement douloureuse, l'enfant étant d'autant plus gêné que s'ajoute une exigence de vitesse témoignant de la bonne acquisition de la lecture. Il est important de l'aider rapidement, comme le montrent les souvenirs traumatiques de lecture devant la classe rapportée par les adultes. La rééducation, telle qu'elle est actuellement proposée, est bien acceptée par l'enfant. Si celui-ci se montre opposant, il est alors souhaitable de

ne pas insister après quelques séances d'essai et de reprendre plus tard, lorsqu'il se sentira prêt. La prise en charge s'organise sur un mode ludique autour des différents axes thérapeutiques. Avec l'enfant, on recourt plus particulièrement à la représentation visuelle qui s'avère très efficace, grenouille, tortue et lièvre sont de précieux alliés. Ces procédés permettent à l'enfant de bien comprendre ses difficultés et de pouvoir en jouer par des exercices de désensibilisation.

Une des particularités du travail avec l'enfant est de trouver le bon équilibre entre étayage et autonomisation : parallèlement à l'aide apportée, il est important de favoriser l'autonomie de l'enfant afin qu'il développe sa confiance en lui. Ces points sont abordés avec les parents et adaptés au fur et à mesure de l'évolution de l'enfant. Une prise en charge en groupe peut être utile, la place des pairs devenant de plus en plus importante. La difficulté est de trouver des groupes, ceux-ci étant encore peu nombreux. (©Association Parole Bégaiement 2012, p10).

Synthèse :

Même si le savoir et les mentalités évoluent, les personnes qui souffrent du bégaiement ont toujours tendance à se masquer car jusqu'à maintenant le bégaiement reste un tabou social et un handicap pour les personnes bègues qui influence d'une manière négative leur qualité de vie et c'est ce que nous allons voir dans le deuxième chapitre.

Chapitre II

La Qualité

De vie

Préambule :

Le concept de la qualité de vie est un concept abstrait, complexe, situationnel, multidimensionnel relié à une multitude d'autres concepts : satisfaction, bien être, coping ; aisance matérielle ; atteintes des buts, volonté ...

A propos de ce chapitre on va aborder l'historique de la qualité de vie, la définition de notion de qualité de vie liée à la santé, les domaines de la qualité de vie, ainsi que les composantes ; les approches ; ses mesures ; et enfin la qualité de vie chez les enfants bègues.

1. Historique du concept de qualité de vie :

Le terme Qualité de Vie (QDV) a été de plus en plus utilisé dans les littératures philosophiques, médicales et psychologique au cours des quatre dernières décennies. Dans les années 1960 et 1970, les nouvelles technologies ont soulevé de nouvelles questions pour les cliniciens, ils ont donc utilisé la qualité de vie comme paramètre pour prendre des décisions en matière de santé. Par conséquent, les chercheurs ont concentré leur intérêt sur la construction et le test d'instruments conçus pour mesurer la santé et la qualité de vie. (Clin Ter, 2011, p 99-103)

2. Les approches de la qualité de vie**2.1. Approche médicale**

Depuis le début des années 1970, l'intérêt pour le terme de la qualité de vie a augmenté et a considérablement augmenté dans la recherche et la pratique clinique. La qualité de vie a été d'une importance capitale pour évaluer la qualité et les résultats des soins de santé.

Le concept de la qualité de vie a commencé à être utilisé dans le début des années 1960 suite aux changements dans le domaine la santé et les profils démographiques des “sociétés modernes tardives”

La qualité de vie a été mentionné pour la première fois dans le domaine médical par Elkington en 1966, dans un éditorial intitulé « médecine et qualité de vie » il a souligné que les nouvelles technologies, en particulier la procédure de dialyse chronique et de transplantation, soulevaient de nouvelles questions pour les cliniciens. Exemple : comment un médecin protège-t-il une qualité de vie d'un patient ? comment améliorer la qualité de vie d'autres patients à l'avenir sans mettre en péril celle du patient particulier à travers lequel ses nouvelles connaissances sont acquises ? Dans quels programmes de médecine thérapeutique les ressources de la société devraient-elles être affectées au mieux à la santé et à la qualité de vie de tous les membres de la société ?

En 1970 le terme de la qualité de vie a commencé à être utilisé en médecine par Sharon Wood-Dauphinee ; en 1977, la qualité de vie est devenue un mot-clé dans la rubrique médicale du système de recherche informatique MEDLINE de la bibliothèque nationale américaine de médecine. (Lo B, JonsenAR ,1980, p 93).

Quand la qualité de vie a été introduite (Année d'introduction : 1977 (1975)) parmi les MeSH (MedicineSubjectHeadings), il a été défini comme « un concept générique reflétant le souci de la modification et l'amélioration des attributs de la vie, par exemple, environnement physique, politique, moral et social ; l'ensemble de condition d'une vie humaine".

Au cours des années 1970, les médecins utilisaient la qualité de vie pour prendre des décisions en matière de santé. La pratique médicale a toujours impliqué dilemmes, choix tragiques ou douloureux. En fait, les thérapies/traitements agressifs et innovantes ont prolongé avec succès la durée de vie générant ainsi une demande accrue pour l'évaluation de la qualité du temps qui en a résulté de l'allongement de l'espérance de vie. Les sacrifices

nécessaires pour une durée de vie accrue et les effets secondaires associés avec certaines procédures thérapeutiques ont mis en évidence la doivent tenir compte non seulement de la survie, mais aussi de la qualité de vie des un être humain après des procédures chirurgicales innovantes. (Smith GP. Triage, 1985, p143)

De plus, avec l'introduction de tests innovants tels que comme diagnostic prénatal, les médecins ont utilisé la qualité de vie pour évaluer quels fœtus avorter.

Dans les années 1980, la qualité de vie a commencé à être considérée comme un moyende guidé les décisions sur l'opportunité de limiter les traitements et sélectionner parmi les patients adultes et enfants, simultanément, à mesure que les ressources de soins de santé ont été allouées.

Les problèmes de qualité de vie ont pris une importance supplémentaire. Dans ces année-là, l'impact d'une gamme croissante de traitements à de nombreux groupes différents de patients nécessitait une évaluation plus systématique, en termes d'efficience et d'efficacité Les soins de santé étaient devenus à la fois plus étendus et plus coûteux.Des tentatives ont été faites pour considérer les résultats des soins basés sur des définitions plus larges de l'état de santé (autres que simplement récupération ou survie) et la qualité de vie. (Leplège A, Hunt S, 1997, p 47-50)

Les mesures de la qualité de vie ne sont plus un problème de recherche pour les économistes et autres, la qualité de vie a été explorée par les gestionnaires et les nouveaux spécialistes de santé publique comme potentiels considérations pour orienter la politique de santé. Au lieu de fournir plus de ressources pour répondre aux besoins, une meilleure qualité de services pourrait être visé, dans le cadre de budgets bien gérés. Au lieu que les cliniciens restreignant le traitement aux individus, ou des groupes tels que les personnes âgées, de nouvelles priorités pourraient désormais être fixées (au moins théoriquement)

avec des mesures de type QALY aidant à définir les « meilleurs achats ». Le débat sur les QALY, et son utilisation, a fait partie de la deuxième vague de managérialisme qui s'est développée à partir du milieu des années 1980. (Albrecht GL,1994, p 26).

Le développement de nouvelles mesures s'est poursuivi dans les années 1990. Au cours de ces deux décennies, la rigueur méthodologique s'est améliorée dans le développement de la mesure des propriétés psychométriques. Tout d'abord, les scientifiques ont mis au point des questionnaires multidimensionnels pour acquérir des informations générales sur un groupe de patients visant à évaluer la capacité fonctionnelle des patients. Il faut noter que les changements dans le concept de santé, qui s'est produit au cours de la seconde moitié du 20^e siècle avait profondément affecté et changé l'idée de la qualité de vie : le concept de santé a subi des changements majeurs en passant par des mesures sanitaires négatives telles que mort, maladie, handicap, inconfort et insatisfaction, vers plus de domaine et caractéristiques positifs. (M.Pennacchini et al,2019, p100).

1.2 L'approche philosophique :

Les philosophes ont introduit le terme qualité de vie dans le débat philosophique dans les années 1980. Cependant, selon Fagot-Largeault « seuls deux types de conséquentialisme s'intéressent à la qualité de la vie : l'hédonisme et le welfarisme, puisqu'ils ont également examiné des questionnements sur la santé et le bien-être de l'être humain et des animaux, d'autres approches ont examiné les questions politiques et philosophiques.

Helga Kuhse et Peter Singer ont examiné le débat sur l'infanticide pour certains nourrissons gravement handicapés et ils ont affirmé que, pour des raisons de qualité de vie, elle est parfois justifiable pour mettre fin à leurs jours. Dans les années 1990, les hédonistes ont utilisé ces arguments et le terme de la qualité de vie pour justifier non seulement l'infanticide pour les

nourrissons gravement handicapés, mais aussi l'euthanasie. Parce qu'une proportion croissante des personnes qui meurent dans les hôpitaux, ou dans les foyers pour que la gestion de la mort devienne moins une affaire privée. (Kuhse et Singer, 1992, p50).

Puis, en 1994, (Nordenfelt) a suggéré une caractérisation d'un concept de qualité de vie qui pourrait, potentiellement, servir comme base conceptuelle pour la construction et l'évaluation de l'instrument conçu pour la mesure de la qualité de vie. C'est un concept subjectiviste, en fait identifié avec le bonheur-avec la vie. Cependant, il note que le bonheur, et donc la qualité de vie ainsi comprises, sont des notions subjectivistes, dont la mesure est très difficile ou bien impossible. (Nordenfelt, L, 1994, p35-37).

1.3. L'approche psychologique :

Les psychologues ne sont pas préoccupés de vérité sur la qualité de vie, mais de vérité de chacun de chacun sur la qualité de vie. Donc ce qui les intéresse c'est l'évaluation du niveau de qualité de vie d'une population. Les sociologues ont défini les notions de bonheur, de bien être psychologique, et de satisfaction de la vie, d'adaptation sociale et enfin de qualité de vie. Ils se sont particulièrement intéressés aux composantes affectives et cognitives du bonheur et du bien-être, et aux facteurs susceptibles d'influer sur le bien-être.

En 1976 apparaît le terme qualité de vie dans le domaine de la psychologie avec les travaux de Bradburn sur la structure psychologique du bien-être et une exploration du niveau du stress, des motivations, de la satisfaction des buts de la vie et de la qualité des relations sociales et familiales (ficher G.N, 2002, p284).

3. Définitions :

La qualité de vie se définit de différentes manières, selon l'approche utilisée pour l'étudier. En effet, de nombreuses disciplines comme la philosophie, la psychologie, la sociologie ou encore la médecine s'intéressent à cette notion. L'expression « qualité de vie » fait donc référence à de multiples données et il n'existe pas encore de consensus qui permette de limiter précisément ce concept. En outre, les critères retenus pour apprécier la qualité de vie des individus diffèrent selon la culture et la société dans laquelle on s'inscrit (Leplège, 1999. P14).

Pour Chawalow : « la qualité de vie concerne l'ajustement de la maladie dans la vie quotidienne. A travers cela nous dépassons le champ somatique afin d'intégrer l'ensemble de ce que vit le sujet. Il est capital de ne pas limiter la qualité de vie à la santé. Les évaluations du niveau de santé et de la qualité de vie sont deux évaluations complémentaires, mais de nature et de méthodologie fondamentalement différentes ». (Fischer G-N.2002, p 29).

Néanmoins, on peut retenir la définition fournie par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1994, qui décrit la qualité de vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement. ».

Nous allons maintenant présenter plusieurs domaines que l'on peut retenir afin d'apprécier la qualité de vie des patients.

4. La qualité de vie chez l'enfant

Missotten (2005) s'intéresse plus précisément à la définition et l'évaluation de la qualité de vie chez l'enfant. Plusieurs auteurs ont donc proposé de prendre en compte différents concepts dans l'évaluation de la qualité de vie chez l'enfant. Les répertorie : « le fonctionnement physique (activités, énergie et douleur), le fonctionnement émotionnel (estime de soi et image du corps notamment), le fonctionnement social (relations familiales et relations avec les amis) et le fonctionnement cognitif (performances à l'école et au travail) (Calaminus, Weinspach, Teske&Göbel, 2000) ». Missotten (2005) ajoute qu'il est important d'évaluer la différence entre l'état actuel du ressenti des enfants (leur expérience actuelle de la vie) et leurs espoirs et attentes). (Missotten ,2005, p.9).

5. La qualité de vie au quotidien :

Comme cela a été dit précédemment, il n'existe pas de consensus qui permet d'affirmer précisément dans quels domaines la qualité de vie s'exprime aujourd'hui. Cependant, si l'on croise les données de différents auteurs tels que Lennart Nordenfelt, Marilyn Bergner, James Griffin ou encore Scott Yaruss (professeurs en philosophie, chercheurs et docteurs en médecine), on retrouve plusieurs facteurs qui seraient déterminants : la possibilité d'entrer en contact avec ses pairs, l'autonomie et la réussite dans différentes activités, les cognitions et émotions, la perception de la santé (Leplège, 1999 p4), (Yaruss, Quesal, 2006. P9).

5.1. Communication :

Le bégaiement est un trouble de la fluence, mais ses répercussions ne se limitent pas qu'au champ de la parole. « C'est tout autant un trouble de la communication qui atteint la vie de relation et l'estime que peut avoir le sujet de lui-même » On parle également de « handicap partagé », puisque l'interlocuteur se trouve autant en difficulté que la personne qui bégaye au moment de la situation de communication, où les bégayages et la perte du contact visuel

peuvent altérer la qualité de l'interaction et la bonne réception du message. Or, le quotidien de tout être humain est composé de multiples situations d'échange verbal : au sein de la famille, au travail, dans les lieux publics tels que les commerces, etc. Pouvoir communiquer sereinement et efficacement est donc extrêmement important pour s'épanouir et vivre agréablement chaque démarche qui ponctue la journée d'une personne. (Monfrais-Pfauwadel, 2014, p173).

5.2. Autonomie et capacités à effectuer les tâches quotidiennes :

De la possibilité de communiquer dépend celle d'effectuer les tâches quotidiennes diverses telles que téléphoner, effectuer des courses en magasin, échanger avec les personnes vivant sous le même toit et avec les collègues de travail par exemple. La réalisation de ces différentes activités rend compte de l'autonomie du sujet, un facteur essentiel dans l'appréciation de la qualité de vie d'un individu, puisqu'il est un des rares à faire l'unanimité parmi les auteurs ayant étudié ce concept.

5.3. Socialisation et loisirs :

En 2011, une étude de l'INSEE sur la qualité de vie des adultes vivant en France métropolitaine indiquait le constat suivant : la faiblesse des liens sociaux à une influence considérable sur le bien-être de la population interrogée, au même titre, voire davantage que les contraintes financières. En effet, les contacts avec les proches ou d'autres personnes de l'entourage sont déterminants dans la qualité de vie de chaque être humain, avec des variantes propres à chacun. Le handicap communicationnel généré par le bégaiement et les cognitions négatives que construit le locuteur bègue au sujet de sa parole et de lui-même, peuvent le conduire vers un isolement social. Les critères diagnostiques de la phobie sociale ne sont pas toujours délimités précisément, ce qui complique l'étude de la comorbidité de cette pathologie avec le bégaiement. Néanmoins, il est

fréquent de retrouver ce genre de symptômes chez les patients bègues. (Monfrais-Pfauwadel, 2014, p 165).

5.4. Impact perçu du trouble :

Lorsque l'on s'intéresse à la qualité de vie d'une personne dans le cadre d'un trouble ou d'une pathologie, il devient pertinent de prendre en compte plus particulièrement l'impact que ce trouble a sur l'existence de cette personne. On parle alors de « santé perçue », « santé perceptuelle » (Leplège, 1999) et l'on se place du point de vue du patient. C'est ce dernier qui évalue les conséquences de sa pathologie sur sa qualité de vie et c'est son avis, souvent différent de celui du professionnel de santé, qui prime. Dans le cadre du bégaiement, il est indispensable d'évaluer la perception du trouble par le patient, avant et pendant la prise en charge. Cette perception génère un panel d'émotions et de cognitions qui ont tendance à entretenir le trouble. C'est à partir des répercussions que le bégaiement a sur le quotidien du patient que s'élabore le projet thérapeutique. (Monfrais-Pfauwadel, 2014, p155).

5.5. Émotions et cognitions :

Les émotions font partie des fonctions cérébrales et nous aident à appréhender notre environnement. Elles sont nombreuses (peur, joie, colère, tristesse, surprise, déception, etc.) et se traduisent par différents signaux corporels (augmentation de la sudation, contraction des muscles du visage, etc.), signaux qui entrent dans la communication non verbale. Les émotions sont innées, mais identifier ce qui les déclenche nécessite un apprentissage et c'est souvent ce qui pose problème au locuteur bègue : « Dans le vécu du bégaiement, la décharge émotionnelle vécue à « l'instant bègue » est parfois telle, ou devient telle que le sujet perd la notion de ce qui cause réellement son émotion (voire perd de vue cette émotion du moment) mais et hypothèses ne ressentir que l'émotion suscitée par le fait de se retrouver en train de bégayer ».

Les émotions sont omniprésentes dans nos vies et ont une influence considérable sur notre bien-être au quotidien. Celles que ressentent les locuteurs bègues au moment de prendre la parole ont souvent un rôle néfaste dans ce trouble et installent les patients dans un cercle vicieux. Si les émotions relèvent de l'affectivité et sont en lien avec nos sensations, les cognitions se définissent davantage comme des processus mentaux que l'on acquiert avec l'expérience. Les cognitions organisent nos connaissances sur le monde. Lorsqu'elles sont erronées, elles peuvent générer des attitudes réactionnelles handicapantes, comme c'est très souvent le cas dans le bégaiement. On parle aussi de distorsions cognitives. Lorsqu'une personne consulte l'orthophoniste pour un bilan de bégaiement, l'évaluation ne peut se dispenser du test de l'iceberg, métaphore employée pour désigner toutes les cognitions et émotions éprouvées par le patient et qui constituent la partie invisible, mais très handicapante du trouble. Intervenir sur ces cognitions, qui ont des conséquences sur chacun des actes de la vie et donc sur la qualité de vie peut constituer un des axes de la prise en charge. (Monfrais-Pfauwadel, 2014, p 119-135).

6. L'évaluation de la qualité de vie :

C'est dans la seconde moitié du XXe siècle que l'intérêt porté à la notion de qualité de vie s'est considérablement développé (définition par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1946, évaluation dans le domaine économique dans les années 1960 puis dans le domaine médical à partir des années 1970). En effet, avec les progrès techniques de la médecine, les professionnels de santé se sont notamment attachés à prendre davantage en compte les conséquences des traitements mis au point pour certaines maladies chroniques. Cette démarche plus soucieuse du bien-être des patients a abouti à de nombreux travaux et recherches sur la qualité de vie liée à la santé.

Mais la difficulté de définir de manière uniforme cette notion complexe génère un manque de consensus sur la manière de l'évaluer (Lepège, 1999) et

les instruments de mesure dans le domaine sont nombreux. Le seul point sur lequel s'accordent la majorité des chercheurs concerne le fait que nul n'est mieux placé que le patient lui-même pour évaluer sa qualité de vie (Leplège, 1999, p77).

Lors de la prise en charge du patient bègue, il paraît indispensable de lui proposer un outil adapté, permettant d'apprécier son degré de satisfaction à l'égard de son existence. Nous avons vu précédemment à quel point le bégaiement affectait non seulement la parole, mais également l'épanouissement de la personne. Pour Monfrais-Pfauwadel (2014), l'amélioration de la qualité de vie du patient est d'ailleurs un très bon indicateur de la pertinence de la prise en charge proposée. L'échelle OASES de Scott Yaruss (2006) a été mise au point dans cet objectif et propose d'apprécier l'impact du bégaiement dans les différents aspects de vie de l'individu, avec une centaine d'items répartis en quatre catégories (émotions, comportements accompagnateurs du bégaiement, les cognitions du patient sur sa manière de communiquer, les attitudes réactionnelles et comportements de communication).

7. Mesure de l'impact du bégaiement sur la vie quotidienne :

Pour le bégaiement, les symptômes les plus visibles sont mesurés : la fréquence des disfluences, la durée des disfluences, la présence de mouvements associés, etc. (Yaruss&Quesal, 2006). Cependant, les symptômes visibles ne sont que la partie émergée de l'iceberg (Sheehan, 1970), et le bégaiement a une forte influence sur la vie quotidienne des personnes qui bégaiement. Il est donc important de pouvoir mesurer et évaluer également cette partie immergée des symptômes du bégaiement qui se rattache notamment à l'anxiété et à la qualité de vie. En effet, nous l'avons vu, le bégaiement a un impact sur la qualité de vie des personnes qui bégaiement et est fortement lié à la présence de troubles de l'anxiété et/ou de l'anxiété sociale. Les enfants qui bégaiement sont à risque de développer ces troubles d'anxiété associés et d'avoir une qualité de vie moindre en raison de leur bégaiement. Ainsi, lors de l'évaluation du bégaiement, une

analyse approfondie de l'impact de celui-ci sur la vie quotidienne des enfants qui bégaiement et les conséquences plus larges du bégaiement sur leur qualité de vie en général semble nécessaire. Cela permettrait de mettre en place des objectifs thérapeutiques qui ne visent pas uniquement le bégaiement et l'amélioration de la fluence de parole mais aussi l'amélioration de la vie quotidienne en générale des enfants et des personnes qui bégaiement. (Yaruss et al, 2006, p90-115).

Dans ce sens, Yaruss, Coleman, et Quesal (2012) soutiennent qu'une approche thérapeutique plus globale du bégaiement aboutit à de meilleurs résultats en termes de succès communicationnels chez les enfants qui bégaiement. Selon une étude de Franic and Bothe (2008), les échelles mesurant l'état de santé comme indice de qualité de vie ne sont pas adéquates pour la mesure de l'impact du bégaiement sur la qualité de vie des personnes qui bégaiement. Cette étude préconise l'utilisation d'échelle de mesure spécifique à la qualité de vie liée au bégaiement. Il s'agirait, par le biais d'une échelle, de mesurer l'état d'anxiété lié au bégaiement, et ainsi grâce à un score seuil déterminé par 26 des normes, diagnostiquer si cette anxiété est pathologique et donc si elle altère significativement la qualité de vie de la personne qui bégaiement. (Franic et Bothe, 2008, p172).

Synthèse

La notion de la qualité de vie est utilisée dans plusieurs disciplines scientifiques qui décrivent l'appréciation et la satisfaction du patient de son état actuel comparé à ce qu'il considère comme "la vie normale".

De ce fait, elle fait appel aux valeurs personnelles, qui, par essence, sont éminemment variables selon les patients :

- Leur perception de la maladie et des handicaps (variable selon l'âge, la philosophie de vie, ...).

- Leurs attentes des thérapeutiques et son évaluation personnelle de leurs risques et bénéfices.

La qualité de vie se modifie au fil du temps, sa perception évolue, non seulement par la maladie, mais aussi en fonction des processus d'adaptation.

Chapitre III

Méthodologie De La

Recherche

Préambule

La partie méthodologique est une section qui compose la recherche scientifique, c'est une section qui comporte beaucoup d'informations importante, son objectif et de décrire de manière détaillée les méthodes et procédure d'une étude, afin qu'elle puisse être reproduite par d'autres chercheurs.

Dans ce chapitre nous allons présenter la pré-enquête, le lieu de recherche, la population d'étude et ses caractéristiques qui sont, la méthode de recherche, les limites de la recherche et les outils d'investigation.

1. La pré-enquête :

La pré-enquête est une phase préparatoire, elle permet de limiter le champ de la recherche, d'identifier le terrain et la population d'étude dont le but de recueillir le maximum d'informations sur le sujet de recherche.

Selon Chauchat.H : la pré-enquête est la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique, elle est la phase préparatoire de l'enquête, c'est une étape de recherche des hypothèses vérifiable à travers un cadre théorique afin de déterminer nos hypothèses et nos objectifs (Chauchat.H.1999, p63).

Notre pré-enquête s'est déroulée à au cabinet d'orthophonie et psychologie, situé à AKBOU, cité 130 logements dans la wilaya de Bejaïa là où on a présenté notre thème de recherche à l'orthophoniste du service qui accordée notre demande de stage pratique au sein de cet établissement. Cette dernière nous renseigne des cas qui présentant un trouble du la communication qui est le bégaiement. On s'est présenter au près des patients atteints de ce trouble, en exposant notre thème de recherche et la méthode avec laquelle on va travailler. Après avoir eu l'accord de leurs parents les patients ont accepté de participer et être sujet de notre recherche qui est un nombre de 04 patients dont 3 garçons et

une fille âgés de 9 à 12 ans. On a élaboré notre recherche avec (2) instruments qui sont l'entretien et l'échelle de la qualité vie (OASES-S) « *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering School Age* » et cela en modifiant le guide d'entretien et en traduisent les (2) instruments en kabyle afin de faciliter sa compréhension de la part de l'enfant.

Durant cette pré-enquête d'une période de deux semaines on a constaté chez les enfants atteints, un sort de timidité, et un manque de confiance en soi, ce qui m'a pauser à vouloir savoir plus sur leurs qualités de vie.

2. Le lieu de la recherche :

Pour pouvoir réaliser ma recherche, notamment la pratique je me suis dirigé vers le cabinet d'orthophonie et psychologie situé à la ville d'AKBOU dans les 130 logements (wilaya de Bejaïa) encadré par madame CHERDOUH NADIRA psychologue orthophoniste.

3. La méthode de recherche :

Pour la collecte des données, et pour bien mener ma recherche sur la qualité de vie des enfants bègues, j'ai adopté la méthode clinique qui se qui s'oppose à la méthode expérimentale – est « naturaliste », se référant à la totalité des situations envisagées, à la singularité des individus, à l'aspect concret des situations, à leur dynamique, à leur genèse et à leur sens, l'observateur faisant partie de l'observation. La méthode clinique va ainsi produire une situation, avec une faible contrainte, pour faciliter et recueillir les productions d'une personne. Cette méthode suppose ainsi la présence du sujet, son contact avec le psychologue, mais aussi sa liberté d'organiser les situations proposées comme il le souhaite. Elle s'appuie sur des techniques utilisées dans le domaine de la pratique (entretiens, observations, tests...) qui ont pour but d'enrichir la connaissance d'un individu (activité pratique d'évaluation et de thérapie) ou de problèmes plus généraux et d'en proposer une interprétation ou une explication.

Selon Lagache (1949), l'un des « inventeurs » français de la Psychologie Clinique estimait qu'elle visait à envisager la conduite dans sa perspective propre, à relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation. Il revendiquait ainsi le domaine de l'humain (« homme en situation ») comme celui de cette discipline et l'étude des cas singuliers comme sa principale méthode. Les principes de la méthode clinique sont donc la singularité, la fidélité à l'observation, la recherche des significations et de l'origine (des actes, des conflits) ainsi que des modes de résolution des conflits. La référence à l'individualité et à la pluralité des fonctions était évoquée par Lagache qui, au-delà d'une méthode, évoquait une position épistémologique et une conception anthropologique du sujet psychologique, (Lydia.F et Jean-Louis.P ,2006 ,p41).

Le type de méthode de recherche choisie est donc la méthode descriptive afin de réaliser ma recherche car c'est une méthode qui permet de décrire parfaitement la qualité de vie des enfants souffrant du bégaiement.

La méthode descriptive C'est l'une des méthodes qualitatives utilisées dans les enquêtes visant à évaluer certaines caractéristiques d'une population ou d'une situation particulière. Elle consiste à observer et à décrire le comportement d'un sujet sans l'influencer d'aucune façon.

Le type de la méthode qu'on a utilisé est « l'étude du cas », qui est la mieux disposée d'utilisation dans la pratique clinique "L'étude de cas, souvent appelée aussi plus ou moins justement « observation », est, avec l'entretien, la méthode la plus anciennement et là plus fréquemment utilisée dans les « Sciences humaines cliniques » tant en ce qui concerne la pratique que la recherche. On peut dire, pour les distinguer, que « l'observation » met l'accent sur le regard jeté sur une réalité et sur le matériel recueilli, alors que « l'étude de cas » porte

l'intérêt sur le travail d'analyse et de présentation du matériel concernant une personne en situation." (Revault d'Allonnes, 1999, p 17).

La méthode de l'étude de cas permet de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet, elle me permettra alors de décrire profondément la qualité de vie des enfants bègues et vérifier mon hypothèse.

4. Les outils d'investigation :

Le clinicien utilise des techniques d'évaluation dans le but d'établir un état précis du fonctionnement d'un individu.

Pour la réalisation de notre recherche on a fait recours aux techniques suivantes :

- L'entretien semi-directif et l'échelle de OASES-S.

4.1. L'entretien clinique :

C'est une technique qui n'utilise pas d'outils particuliers (technique d'entretien dite "à mains nues" reposant sur la communication, verbale mais également non-verbale. C'est une méthode très complexe, selon Perron, qui affirme que ce n'est que par sa pratique qu'on l'apprend. Cette méthode exige d'excellentes capacités d'analyse.

Elle vise la compréhension du fonctionnement psychique en se centrant sur le discours, le vécu et la relation. La situation d'entretien clinique est une situation d'interaction (au moins deux personnes). Les personnes sont en situation active puisqu'elles vont construire ensemble cette situation d'entretien. Il est par conséquent important que le patient coopère. Dans le cas inverse, les données que l'on peut tirer du discours et de l'attitude du patient devront être sujettes à une extrême prudence. L'entretien clinique se centre sur le problème individuel, essayant d'aider le patient à verbaliser ce qui lui pose problème. Il se déroule

selon le but du psychologue (diagnostic pour repérer une éventuelle pathologie, évaluation avec d'autres méthodes que l'entretien, écoute du sujet dans le cadre d'une psychothérapie). (Gérard Poussin.2017, p7).

4.1.1. Entretien semi-directif :

On peut définir l'entretien semi-directif comme « une technique directe d'investigation scientifique utilisée au près d'individu pris isolément, mais aussi dans certain cas, auprès de groupe qui permet de les interroger d'une façon semi-directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de structurer en profondeur les informations ». (Engers.M,1997, p144).

4.1.2. L'attitude du clinicien :

Il s'agit d'un entretien clinique produit à l'initiative du clinicien chercheur, car ici le chercheur dispose d'un guide d'entretien qui correspond à ses hypothèses et il intervient dans une institution au titre de recherche. La demande émane donc du chercheur et non pas du patient. (Chahraoui.Kh et Bénony.H,1999, p62).

4.1.3. Guide d'entretien :

Notre guide d'entretien est composé de cinq (05) axes.

Axe 01 : Caractéristiques personnelles :

- 1- Nom et prénom ?
- 2- Age ?
- 3- Tu étudies en quelle année actuellement ?
- 4- Quel est ton classement dans la fratrie ?

Axe 02 : Information liée à l'état de santé de l'enfant :

- 1- Depuis quand bégayes-tu ?

2- Comment vivez-vous avec ce trouble ?

3- Avez-vous d'autres troubles associés ?

Axe 03 : Des questions relatives à la parole :

1- Quelle est la manière dont tu parles avec les autres ?

2- Comment est ton fonctionnement émotionnel quand tu parles ?

3- Quelle est l'impact de la prise en charge de ton bégaiement au quotidien

4- Comment trouves-tu l'efficacité de la prise en charge de ton bégaiement ?

5- Ton estime de soi ?

Axe 04 : information liées à l'entourage de l'enfant :

1- Comment elle est ta relation avec ta maman ?

2- Comment elle est ta relation avec ton papa ?

3- Comment elle est ta relation avec tes frères et sœurs ?

4- Comment elle est ta relation avec tes grands-parents ?

5- Comment il est ton contacte avec tes amis ?

6- Comment tes amis parlent avec toi ?

7- As-tu des difficultés à fréquenter les endroits publics ?

8- Aimes-tu aller à l'école ?

9- Tu te sente-tu soutenus et entourés par tes proches ?

10-Y-a-t-il d'autres personne bègues dans votre famille ?

Axe 05 : informations sur la qualité de vie de l'enfant :

1- Comment trouves-tu ta vie de tous les jours ?

2- Est-ce que t'a de bons résultats à l'école ?

3- Est-ce que tu pratique des activités sportives ?

4- Ton sommeil est-il profond ?

5- T'est autonome ?

6- Comment vois-tu ton avenir ?

4.2. L'échelle de Yaruss OASES-S 2016 :

Afin de déterminer l'impact du bégaiement sur la vie quotidienne des participants, notre version francophone de l'OASES-S a été administrée (traduite de l'échelle Yaruss, Coleman & Quesal, 2016). Pour rappel, l'OASES-S est composée de 60 items divisés en quatre sections : (1) les informations générales concernant le bégaiement qui regroupent 15 items ; (2) l'évaluation des réactions par rapport au bégaiement qui regroupent 20 items ; (3) l'évaluation de l'impact sur la communication dans les situations quotidiennes qui regroupe 15 items ; (4) l'évaluation de l'impact sur la qualité de vie qui regroupe 10 items. Un score entre 1 et 5 est attribué à chaque item. Un score global peut être calculé ainsi qu'un score pour chaque section.

Le score d'impact est calculé par la somme de tous les scores individuels par item, divisée par le nombre d'items complétés par le participant. L'impact du bégaiement sur la vie quotidienne des participants peut ainsi être qualifié selon le score de léger ; léger à modéré ; modéré ; modéré à sévère ou sévère. Lors de l'administration aux participants du groupe contrôle, l'OASES-S étant destiné aux enfants qui bégaiement, certaines questions portant explicitement sur le bégaiement ont été oralement reformulées de manière standardisée selon les instructions de Scott Yaruss. Par exemple, « bégaiement » est devenu « difficulté à parler » : (Gantier Pauline, 2018, p48-49).

5. Les difficultés de la recherche :

Durant notre recherche, nous avons rencontré quelques difficultés mais qui n'ont pas empêché la réalisation de ce travail :

Le manque d'ouvrages traitant de notre thème au niveau de la bibliothèque de l'université, le manque d'étude antérieures, aucune test ou échelle de mesure de la qualité de vie trouvé au centre de la bibliothèque de notre université.

6. Les limites de la recherche :

Notre recherche s'est déroulée durant la période de 03 mars au 31 mai 2021 au cabinet de psychologie et orthophonie à AKBOU, notre travail s'est basé sur les entretiens et l'administration de l'échelle OASES-S avec 4 patients atteints du trouble du bégaiement dans le but d'évaluer leurs qualités de vie.

7. Présentation de la population d'étude et ses caractéristiques :

La population d'étude de ma recherche est composée de 4 patients atteints du trouble de communication qui est le bégaiement, leur âge varie entre 9 et 14 ans.

La sélection de la population d'étude semble pertinente pour ma recherche après la prise en compte des critères suivants :

7.1 Critère d'inclusion de notre population d'étude :

- L'enfant doit être atteint du bégaiement peu importe le type.
- L'âge chronologique de ses enfants doit se situer entre 6 à 12 ans.

7.2 Critère d'exclusion :

- L'enfant de doit pas être atteints d'une autre maladie.
- La variable du sexe n'est pas spécifiée car le bégaiement touche les filles et les garçons.

Les caractéristiques de la population d'étude : (voir tableau ci-dessous)

Tableau N°1 : ce tableau ci-dessous présente la population d'étude de ma recherche selon l'âge, le sexe ; le niveau scolaire et le type du bégaiement.

Prénom	L'âge	Le sexe	Niveau scolaire	Type du bégaiement
Mokrane	12 ans	Masculin	1 ^{ème} année moyenne	Bégaiement tonique
Tafath	9 ans	féminin	3 ^{ème} année primaire	Bégaiement clonique
Fares	11 ans	Masculin	5 ^{ème} années primaire	Bégaiement tonique
Mohend	9 ans	Masculin	3 ^{ème} année primaire	Bégaiement tonique

Synthèse :

Dans ce chapitre on a tenté de présenter les étapes suivies dans notre recherche ; qui nous ont aidés à mieux planifier et organiser notre travail, afin de pouvoir récolter, analyser et interpréter les résultats pour pouvoir vérifié nous hypothèses.

Chapitre IV

Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule

Dans cette partie nous avons procédé à une analyse et interprétation des données et des résultats obtenus pendant notre recherche, comportant l'analyse de l'entretien et l'analyse des résultats de l'échelle de Yaruss OASES-S pour évaluer la qualité de vie, et on termine par une discussion sur les résultats obtenus chez nos 4 cas.

I. Présentation et analyse des résultats :**Cas N°01 « MOKRANE »**

Mokrane est un enfant âgé de 12 ans, il est le 2^{ème} d'une fratrie de 5 membres, il est scolarisé en 1^{ère} année moyenne.

Durant l'entretien Mokrane était très amical, confiant et pas du tout timide en répondant aux questions.

Il a commencé à bégayer depuis l'âge de 4 ans, concernant son trouble il n'a aucun problème avec et vit sa vie le plus normalement du monde, si comme s'il ne bégaye pas. Il ne dit « avant j'étais très furieux, triste et timide à l'idée de bégayer mais plus maintenant » il constate que la prise en charge de son bégaiement chez l'orthophoniste et le psychologue lui ont été vraiment très efficace à regagner confiance en lui et accepter son trouble.

Il nous dit qu'il trouve un peu de difficultés de communiquer avec des personnes qu'il ne connaît pas, par peur d'être intimidé par ces derniers à l'égard de son bégaiement. Mais qui se trouve très confiant à communiquer avec ses amis et ses camarades de classe car ils se montrent compréhensifs et solidaires avec lui.

Mokrane « si je me sentais obligé de parler avec des inconnus j'essayerais de garder mon calme et de rester positif ». Il nous dit aussi « ma relation avec ma famille est parfaite, mes parents, mes tantes et mes oncles qui essaient à chaque

fois de se moquer de moi et me donnent l'impression que je suis coupable d'avoir être une personne bègue ».

Il dit que sa vie de tous les jours la trouve normale, comme celle de tous les jeunes de son âge avec de bons résultats à l'école, et le fait d'être une personne bègue ne va pas l'empêcher de poursuivre ses rêves.

2. Analyse de l'échelle de l'évaluation de la qualité de vie des enfants bègues AOSES-S.

Instruction : Calculez les scores d'impact pour chacune des 4 sections de OASES-S en (a) totalisant le nombre de point dans chaque section et (b) compté le nombre d'éléments complétés dans chaque section. Multipliez le nombre d'éléments complété par 5 pour obtenir le total des points possible pour chaque section. L'impact score pour chaque section est égale à 100 fois le point de chaque section dévissée par le total des points possible pour cette section. En fait, le score sera toujours compris entre 20 et 100. Déterminez l'indice d'impact pour chaque section en fonction de l'impact des scores dans le tableau en bas de la page.

Echelle N° 01 : Montre le degré de qualité de vie chez « MOKRANE »Nom : MOKRANEAge : 12sexe : M FDate : 2021**Section I : Informations Générales** (15 Total Elément)Section I Points : 50Eléments Complété dans la section I : 15Section I Points Possibles (Section I Eléments complété x 5) = 75**Section I Score D'impact : 66.6****Impact Noté : Modéré-Sévère****Section II : Réactions Par Rapport au Bégaiement** (20 Total Elément)Section II Points : 50Eléments Complété dans la section II : 20Section II Points Possibles (Section II Eléments complété x 5) = 100**Section II Score D'impact : 50****Impact Noté : Modéré****Section III : Communication Dans les situations Quotidienne** (15 Total Elément)Section III Points : 41Eléments Complété dans la section III : 15Section III Points Possibles (Section III Eléments complété x 5) = 75**Section III Score D'impact : 54.6****Impact Noté : Modéré****Section IV : Qualité De Vie** (10 Total Elément)Section IV Points : 31Eléments Complété dans la section IV : 10Section IV Points Possibles (Section IV Eléments complété x 5) = 50**Section IV Score D'impact : 62****Impact Noté : Modéré-sévère****SCORE D'IMPACT TOTAL** (60 Eléments Total)Points Total : 172 Eléments Total Complété : 60

(Point Total = Section I +Points Section II +Points Section III +Points Section IV)

(Elément Total Complété =Section I Eléments Complété+ Section I Eléments Complété+ Section II Eléments complété+ Section III Eléments Complété+ Section IV Eléments complété)

Points Total Possible (Eléments Total complété x 5) : 300**Score D'impact Total =34.4****Taux D'impact : Léger-Modéré**

Score D'impact	Taux d'impact
Léger	20,0 - 22,9
Léger-Modéré	30,0 - 44,9
Modéré	50,0 - 59,9
Modéré-Sévère	60,0 - 74,9
Sévère	75,0 - 100

Le score d'impact total de la qualité de vie de MOKRANE est perçu et évaluée à 34.4, un score d'impact, considéré Léger-Modéré.

L'évaluation est bien exprimée dans les quatre (04) sections : informations générales estimées à 66.6, réactions par rapport au bégaiement estimées à 50, communication dans les situations quotidiennes estimées à 54.66, et qualité de vie perçue à 62.

3. Synthèse :

D'après l'analyse de l'entretien du cas et l'évaluation de l'échelle OASES-S, on remarque que la santé psychique du patient est améliorée grâce à la prise en charge orthophonique et psychologique. Il exprime une certaine confiance en soi et une certaine adaptation avec son trouble. On constate que le trouble de bégaiement affect légèrement la qualité de vie de MOKRANE.

Cas N°02 : « TAFATH »**1. Présentation du cas :**

TAFATH est une fille âgée de 9 ans, elle est la 1^{ère} de la fratrie de 4 membres de sa famille, elle est scolarisée en 3^{ème} année primaire.

Durant l'entretien « TAFATH » s'est montrée un peu timide au début mais qui a vite commencée à se familiarisée et répondre à quelques de nos questions. Elle commençait à bégayer depuis d'âge de 2 ans, elle va chez l'orthophoniste depuis 1 ans, c'est quand elle avait 8 ans.

Elle dit qu'elle a honte de son bégaiement, elle n'aime pas aller à l'école parce qu'ellesubit souvent des harcèlements et des moqueries de la part de ses camarades de classe et d'autres enfants de son quartier qu'elle a d'ailleurs arrêter de jouer avec eux et choisi de rester à la maison et jouer avec sa petite sœur. Elle n'aime pas communiquer avec d'autres personnes, TAFATH « je préfère rester seule, je me sens plus alaise comme ça ». Sa relation avec ses parents est une relation seine et pleine d'amour, elle aime beaucoup ses parents et sa grand-mère.

TAFATH dit qu'elle se sent triste a l'idée de bégayer, elle souhaite être comme les autres enfants de son âge ça lui éviteras peut-être d'être harcelée et intimidée à l'école.

2. Analyse de l'échelle D'évaluation de la qualité de vie des enfants bègues OASES-S.

Echelle N° 02 : Montre le degré de qualité de vie chez « TAFATH »Nom: **TAFATH**Age : **9**sexe : M F Date :**2021****Section I : Informations Générales** (15 Total Elément)Section I Points : **60**Eléments Complété dans la section I : **15**Section I Points Possibles (Section I Eléments complété x 5) =**75****Section I Score D'impact : 80****Impact Noté : Sévère****Section II : Réactions Par Rapport au Bégaiement** (20 Total Elément)Section II Points : **71**Eléments Complété dans la section II : **18**Section II Points Possibles (Section II Eléments complété x 5) = **90****Section II Score D'impact : 78.8****Impact Noté : Sévère****Section III : Communication Dans les situations Quotidienne** (15 Total Elément)Section III Points : **56**Eléments Complété dans la section III : **15**Section III Points Possibles (Section III Eléments complété x 5) = **50****Section III Score D'impact : 74.6****Impact Noté : Modéré-Sévère****Section IV : Qualité De Vie** (10 Total Elément)Section IV Points : **35**Eléments Complété dans la section IV : **10**Section IV Points Possibles (Section IV Eléments complété x 5) = **50****Section IV Score D'impact : 70** **Impact Noté : Modéré-sévère****SCORE D'IMPACT TOTAL** (60 Eléments Total)Points Total : **222** Eléments Total Complété : **58**

(Point Total = Section I +Points Section II +Points Section III +Points Section IV)

(Elément Total Complété =Section I Eléments Complété+ Section I Eléments Complété+ Section II Eléments complété+ Section III Eléments Complété+ Section IV Eléments complété)

Points Total Possible (Eléments Total complété x 5) : **290****Score D'impact Total =75.5****Taux D'impact : Sévère**

Score D'impact	Taux d'impact
Léger	20,0 - 22,9
Léger-Modéré	30,0 - 44,9
Modéré	50,0 - 59,9
Modéré-Sévère	60,0 - 74,9
Sévère	75,0 - 100

Le score d'impact total de la qualité de vie de TAFATH est perçu et évaluée à 76.55, un score d'impact, considéré (Sévère).

L'évaluation est bien exprimée dans les quatre (04) sections : informations générales estimées à 80, réactions par rapport au bégaiement estimées à 78.8, communication dans les situations quotidiennes estimées à 74.6, et qualité de vie perçue à 70.

3. Synthèse :

D'après l'analyse du cas et l'évaluation de l'échelle OASES-S, on remarque que la santé psychologique du patient est totalement affectée.

Le bégaiement affecte d'une manière très négative sur le patient au niveau de la parole, les émotions, et les activités quotidiennes du fait qu'on constate une anxiété sociale très élevée.

Cas N°02 : « FARES »**1. Présentation du cas N°03 :**

FARES est un enfant âgé de 11 ans, d'une fratrie de 4 membres. Il est scolarisé en 5^{ème} année primaire.

C'est un bon élève, son bégaiement ne l'a pas empêché de réussir ses études, il dit que sa matière préférée c'est les mathématiques. Il s'est présenté serein et détendu. Il commençait à bégayer à l'âge de 3 ans et demi et va chez l'orthophoniste depuis 6 mois.

FARES vit sa vie avec frustration, il apprécie pas du tout sa vie d'enfant bègue il dit « je me sens toujours triste quand je vois d'autres enfants s'exprimer couramment, il y a des fois où je me sens fâché contre moi-même parce-que je bégaie ». Il nous rajoute qu'il n'a pas d'amis, il est souvent seul et ne parle jamais avec ses camarades de classe par peur d'être intimidé. Par contre il se sent très à l'aise à la maison entourée de sa famille où il ne se sent jamais jugé.

2. Analyse de l'échelle D'évaluation de la qualité de vie des enfants bègues OASES-S.

Echelle N° 03 : Montre le degré de qualité de vie chez « FARES »Nom : **FARES**Age : **11**sexe : **M** FDate : **2021****Section I : Informations Générales** (15 Total Elément)Section I Points : **54**Eléments Complété dans la section I : **15**Section I Points Possibles (Section I Eléments complété x 5) = **75****Section I Score D'impact : 72****Impact Noté : Modéré-Sévère****Section II : Réactions Par Rapport au Bégaiement** (20 Total Elément)Section II Points : **65**Eléments Complété dans la section II : **19**Section II Points Possibles (Section II Eléments complété x 5) = **95****Section II Score D'impact : 68.4****Impact Noté : Modéré-Sévère****Section III : Communication Dans les situations Quotidienne** (15 Total Elément)Section III Points : **61**Eléments Complété dans la section III : **15**Section III Points Possibles (Section III Eléments complété x 5) = **75****Section III Score D'impact : 81.3** Impact Noté : **Sévère****Section IV : Qualité De Vie** (10 Total Elément)Section IV Points : **31**Eléments Complété dans la section IV : **10**Section IV Points Possibles (Section IV Eléments complété x 5) = **50****Section IV Score D'impact : 62** Impact Noté : **Modéré-sévère****SCORE D'IMPACT TOTAL** (60 Eléments Total)Points Total : **211** Eléments Total Complété : **59**

(Point Total = Section I +Points Section II +Points Section III +Points Section IV)

(Elément Total Complété =Section I Eléments Complété+ Section I Eléments Complété+ Section II Eléments complété+ Section III Eléments Complété+ Section IV Eléments complété)

Points Total Possible (Eléments Total complété x 5) : **295****Score D'impact Total =71.5****Taux D'impact : Modéré-Sévère**

Score D'impact	Taux d'impact
Léger	20,0 - 22,9
Léger-Modéré	30,0 - 44,9
Modéré	50,0 - 59,9
Modéré-Sévère	60,0 - 74,9
Sévère	75,0 - 100

Le score d'impact total de la qualité de vie de FARES est perçu et évaluée à 71.5, un score d'impact, considéré (Modéré-Sévère).

L'évaluation est bien exprimée dans les quatre (04) sections : informations générales estimées à 72, réactions par rapport au bégaiement estimées à 68.4, communication dans les situations quotidiennes estimées à 81.3, et qualité de vie perçue à 62.

3. Synthèse :

D'après l'analyse du cas et l'évaluation de l'échelle OASES-S, on remarque que la santé psychologique du patient en totalité est affectée.

Le bégaiement affect d'une manière critique sur le patient au niveau de la communication, les émotions, et ses interactions sociales.

Cas N°04 : « MOHEND »**1. Présentation du cas N°04 :**

MOHEND est un enfant âgé de 9 ans, il est le 5^{ème} de la fratrie, scolarisé en 3^{ème} années primaire.

Il s'est montré discret, stressé et incapable de se concentrer sur nos questions, il lui a fallu du temps pour s'adapter à nous. Le bégaiement de MOHEND s'est déclaré dès la maternelle à l'âge de 2 ans et n'a commencé la prise en charge orthophonique que récemment.

Il nous dit « je suis très timide a l'idée de bégayer devant les gens », il a souvent peur de déclencher une conversation avec ses camarades de classe ou avec d'autres élève de son école, ou encore demander à son enseignante de lui expliquer une leçon qu'il comprenne pas, il dit qu'il hésite toujours de le faire mais qui a de la chance car sa grande sœur lui explique toujours ses leçons une fois à la maison.

Il nous rajoute que les seules personnes avec lesquels il sent alaise à leur parler sont aucune gêne sont ses parents, ses frères et sœurs.

2. Analyse de l'échelle D'évaluation de la qualité de vie des enfants bègues OASES-S.

Echelle N° 04 : Montre le degré de qualité de vie chez « MOHEND »Nom : **MOHEND**Age : **9**sexe : **M** FDate : **2021****Section I : Informations Générales** (15 Total Elément)Section I Points : **47**Eléments Complété dans la section I : **12**Section I Points Possibles (Section I Eléments complété x 5) = **60****Section I Score D'impact : 78.3****Impact Noté : Sévère****Section II : Réactions Par Rapport au Bégaiement** (20 Total Elément)Section II Points : **56**Eléments Complété dans la section II : **17**Section II Points Possibles (Section II Eléments complété x 5) = **85****Section II Score D'impact : 65.8****Impact Noté : Modéré-Sévère****Section III : Communication Dans les situations Quotidienne** (15 Total Elément)Section III Points : **58**Eléments Complété dans la section III : **14**Section III Points Possibles (Section III Eléments complété x 5) = **70****Section III Score D'impact : 82.5****Impact Noté : Sévère****Section IV : Qualité De Vie** (10 Total Elément)Section IV Points : **23**Eléments Complété dans la section IV : **10**Section IV Points Possibles (Section IV Eléments complété x 5) = **50****Section IV Score D'impact : 52 Impact Noté : Modéré****SCORE D'IMPACT TOTAL** (60 Eléments Total)Points Total : **187** Eléments Total Complété : **53**

(Point Total = Section I +Points Section II +Points Section III +Points Section IV)

(Elément Total Complété =Section I Eléments Complété+ Section I Eléments Complété+ Section II Eléments complété+ Section III Eléments Complété+ Section IV Eléments complété)

Points Total Possible (Eléments Total complété x 5) : **265****Score D'impact Total =70.5****Taux D'impact : Modéré-Sévère**

Score D'impact	Taux d'impact
Léger	20,0 - 22,9
Léger-Modéré	30,0 - 44,9
Modéré	50,0 - 59,9
Modéré-Sévère	60,0 - 74,9
Sévère	75,0 - 100

Le score d'impact total de la qualité de vie de FARES est perçu et évaluée à 70.5 un score d'impact, considéré (Modéré-Sévère).

L'évaluation est bien exprimée dans les quatre (04) sections : informations générales estimées à 78.3, réactions par rapport au bégaiement estimées à 65.8, communication dans les situations quotidiennes estimées à 82.5, et qualité de vie perçue à 52.

3. Synthèse :

D'après l'analyse du cas et l'évaluation de l'échelle OASES-S, on remarque que le patient engendre un déséquilibre sur l'état psychologique.

Le bégaiement affect d'une manière délicat sur le patient au niveau de la communication, et un effet délétère à long terme sur le fonctionnement social et émotionnel y compris dépression et perte dynamisme, et un manque de confiance en lui qui le pousse à se renfermer sur lui-même.

II. Analyse générale :

L'étude portée sur les 4 cas âgés entre 9 et 12 ans atteints d'un trouble de bégaiement. Selon l'analyse de l'entretien et les résultats obtenus dans l'échelle de l'évaluation de la qualité de vie des enfants bègues OASES-S on 3 cas qui présente une très mauvaise qualité de vie.

Tableau N°02 : Le degré de la qualité de vie globale des cas étudiés :

Cas Résultats	MOKRANE	TAFATH	FARES	MOHEND
Score D'impactTotal	34.4	75.5	71.5	70.5
Taux D'impact Total	Léger- Modéré	Sévère	Modéré- Sévère	Modéré- Sévère

D'après les résultats de l'échelle de l'évaluation OASES-S présenté dans le tableau si dessus et l'entretien effectué avec les patients, on constate que 3 cas sur 4 « TAFATH », « FARES », « MOHEND » présente une qualité de vie négative, par contre un seul cas « MOKRANE » qui présente une qualité de vie légèrement positive par rapport au trouble du bégaiement.

III. Discussion des hypothèses

Dans cette étape, on reprend nos hypothèses pour pouvoir les discuter selon l'entretien semi directif et les résultats obtenus lors de l'administration de l'échelle de l'évaluation de la qualité de vie OASES-S.

Notre objectif est d'évaluer l'impact de la qualité de vie des enfants bègues, et ce qui est affecté le plus aux seins de cette dernière.

Pour pouvoir répondre à notre objectif, nous avons deux hypothèses à infirmer ou à confirmer, une hypothèse principale et une hypothèse opérationnelle.

Discussion relative à la première hypothèse :

L'hypothèse principale suppose que « Le bégaiement impacte l'état psychologique et les interactions sociales de l'enfant bègue ».

D'après l'analyse de l'entretien et les résultats de l'échelle de l'évaluation de la qualité de vie des enfants bègues OASES-S, on souligne que 3 cas sur 4 leurs scores et de : (75.5) pour « TAFATH », (71.5) pour « FARES », (70.5) qui présentent un score d'impact très élevé selon OASES-S. Par contre un seul cas présente un score d'impact léger. Donc notre première hypothèse est confirmée.

Discussion relative à l'hypothèse secondaire:

L'hypothèse qui est « l'anxiété social est la plus affectée au seins de la qualité de vie de l'enfant bègue ». Se trouve confirmée par l'analyse de l'entretien et l'échelle de l'évaluation OASES-S.

C'est résultats obtenus coïncide avec les résultats obtenus par (Monfrais-Pfauwadel, 2014) dont son étude constate que les patients bègues éprouvent des difficultés à sentir, exprimer et reconnaître leur émotion.

Van Hout (2002) qui explique qu'à un certain stade de l'évolution du bégaiement, la frustration, la colère ressentie au moment d'un accident de parole vont laisser la place à une peur désormais anticipée et Schwartz (2002) qui considère cette anticipation comme un facteur de gravité marquant le passage de bégaiement primaire de l'enfant au bégaiement secondaire de l'adulte.

A travers l'entretien effectué et l'évaluation de l'échelle OASES-S et les études antérieures cité en dessus, démontre que le bégaiement peut nuire gravement la qualité de vie de l'enfant bègue qui a un effet délétère à long terme sur le fonctionnement social et émotionnel y compris la dépression qui ont un effet sur sa scolarisation et les activités quotidiennes.

Conclusion

Conclusion :

Tout au long de notre recherche qui a porté pour thème « La qualité de vie chez les enfants bègues » nous avons élaboré une hypothèse générale qui est "Le bégaiement impacte l'état psychologique et les interactions sociales de l'enfant bègue" et une hypothèse opérationnelle qui est "Le bégaiement impacte l'état psychologique et les interactions sociales de l'enfant bègue. Afin d'arriver à la confirmation ou la négation de cette hypothèse, nous avons opté pour une méthodologie bien spécifiée qui est la démarche de recherche : la pré-enquête et la démarche descriptif, ainsi que le guide d'entretien qui répond aux exigences de notre thème, et l'application de l'échelle OASES-S pour bien déterminer le taux et le score d'impact de la qualité de vie chez les enfants bègues.

Au cœur de notre stage pratique ainsi que l'entretien effectué avec nos cas et l'application de l'échelle OASES-S, nous avons pu confirmer et vérifier de manière très claire nos hypothèses.

La réalisation de ce mémoire nous a permis d'approfondir sur le concept de la qualité de vie des personnes bègues, et de se rendre compte des difficultés envisagées et auxquelles ils font face dans leurs vies quotidiennes. En commençant par le risque d'anxiété sociale et de trouble anxieux pour les enfants entre 7 et 12 ans et qui engendre de la honte, une faible estime de soi, un retrait des situations sociales pour éviter la honte, des caractéristiques d'anxiété sociale qui jouent un rôle central dans le vécu quotidien du bégaiement.

Lors de la réalisation de cette étude, nous souhaitons mettre en lumière les avantages que présente la prise en charge orthophonique du bégaiement. Nous voulions également objectiver son intérêt auprès des patients en évaluant leur qualité de vie suite à de différentes prises en charge en espérant pouvoir améliorer leur qualité de vie.

Bibliographie

La liste bibliographique

1. Albrecht GL. Subjective health assessment. In : Jenkinson C (ed). *Measuring health and medical outcomes*. UCL, London, 1994 ; 7-26
2. American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd. rév.; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.
3. Bijleveld H.-A., Estienne F., VanHout A. (2015). *Les bégaiements*. Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson
4. Bothe, A. K., Davidow, J. H., Bramlett, R. E., & Ingham, R. J. (2006). Stuttering treatment research 1970–2005 : I. Systematic review incorporating trial quality assessment of behavioral, cognitive, and related approaches. *American Journal of Speech-LanguagePathology*, 15(4), 321-341.
5. C.Thibault et M. Pitrou (2018) « Trouble du langage et de la communication », paris, édition Dunod.
6. Claude Revault d'Allonnes « Psychologie clinique et démarche clinique » (1989), in *La démarche clinique en sciences humaines*, Dunod, 2^e édition, 1999, 17–33.
7. Chang S-E. et al. (2009). Brain activation abnormalities during speech and nonspeech in stuttering speakers. *Neuroimag*. 46(1) : 201-212.
8. Chang, S-E., Erickson, K., I., Ambrose, N., G., Hasegawa-Johnson, M., A., Ludlow, C., L. (2008). Brain anatomydifferences in childhoodstuttering. *Neuroimage*, 39, 1333-1344.
9. Chauchat H. (1999) *L'enquette psychologique* ; 2^{ème} édition, PUF, Paris
10. Deniaud, G. (2008). *L'utilisation de l'outil vidéo dans la prise en charge orthophonique du bégaiement : analyse multimodale d'enregistrements et ressentis des patients*. Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes.
11. Engers M. (1997), *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*, Alger, Casbah université.
12. Estienne, F.&Bijleveld, H. (2011). *Évaluer un bégaiement : un dialogue constructif*. Marseille : Éditions Solal.
13. Ficher G-N. (2002), « *Traite la psychologie de la santé* », Paris, édition Dunod.
14. Gérard Poussin.(2017), « *La pratique de l'entretien clinique* »5^{ème} édition Dunod.
15. Glauer.I. P. (1958): Freud's Contributions on Stuttering; their relation to some current insights. *Journal of American Psychoanalytic Association*.
16. I. Rapin et S. Allen 1983 « dysphasie », p155.184

17. 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, 60–80.
18. K.K Kidd. (1984). Stuttering as a genetic disorder. In Curlee RF & Pekins W.H (Ed) : Nature and Treatment of Stuttering: New directions. College-Hill. CA. San Diego.
19. Kushi H. « Quality of life and the death of a baby » M : a report from Australia. *Bioethics* 1992 ;6 (3) :233-50
20. Lepage A. (1999). Que sais-je ? : Les mesures de la qualité de vie. Puf.
21. Le Huche, F. (1998). Le bégaiement, option guérison. Paris : Albin Michel.
22. Lo B, Jonsen AR Clinical decisions to limit treatment. *Ann Intern Med* 1985 ;93 (5) :746-27
23. Marvaud, J., & Simon, A. M. (2001). A propos du bégaiement. *Rééducation orthophonique*, 39(206), 21-32.
24. Montfrais-Pfauwadel M-C. (2014). Bégaiement, bégaiements : un manuel clinique et thérapeutique. Paris : De Boeck-Sola
25. Missotten, P. (2005). Etude exploratoire de la qualité de vie infantile : Elaboration d'un questionnaire destiné aux enfants de 9 à 12 ans et premiers éléments de validation. Mémoire de licence en sciences psychologique, Université de Liège, Liège.
26. Nordenfelt L. Toward a theory of happiness: a subjectivist notion of quality of life. In : L. Nordenfelt (ed). *Concept and measurement of quality of life in health care*. Kluwer, Dordrecht,
27. Packman, A., Onslow, M., Webber, M., Harrison, E., Arnott, S., Bridgman, K., et Lloyd, W. (2015). *The Lidcombe Program treatment guide*.
28. Rapin I., Allen D. A. (1983), *Developmental language disorders : Nosologic considerations*, in U. Kirk (ed.), *Neuropsychology of Language, Reading and Spelling* (p. 155-184), New York, Academic Press New York ; trad. franç. : *Troubles du développement du langage : considérations nosologiques*, in G. de Weck (éd.), *Troubles du développement du langage. Perspectives pragmatiques et discursives*, Paris, Delachaux & Niestlé, 1996.
29. Simon A.M. (1999). *Prévention du bégaiement et des risques de chronicisation : paroles de parents* Collection Bégaiement : pratiques thérapeutiques, Edition, Ortho.
30. Smith GP. Triage : endgame realistics. *J Contemp Health Law Policy* 1985 ;1 (1) :143-51.
31. 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 : 90-115.
32. Yaruss, J. S. (2010). Assessing quality of life in stuttering treatment outcomes research. *Journal of fluency disorders*, 35(3), 190-202.
33. Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2016). *Overall Assessment of the Speaker's Experience Stuttering (OASESTM) technical/scoring manual*. Stuttering Therapy Resources.

Article scientifique

1. Di M. Pennacchini, M. Bertolaso, M.M. Elvira, M.G. De Marinis « A brief history of the Quality of Life : its use in medicine and in philosophy » 2010 vol 162 numéro 3.

Thèses

1. Albane Duriez et Alexandra Gabali 2016 « thérapie orthophonique du groupe chez l'adulte bègue : effet sur la qualité de vie ».
2. Duteil Ana et Latil Juliane 2009 «Programme de conversations téléphoniques entre un adultes bègue et un bénévole».
3. Clément aunis-Oumghar Iris Mechali2012 « Evaluation de la thérapie vidéo dans le cadre du bégaiement ».Établissement d'un questionnaire d'autoévaluation pour les patients adolescents et adultes.
4. Pauline Gantier 2018 « validation de la version francophone de l'échelle Overall assesment of the speaker's experience of stuttering for school-age children (OASES-S) ».

Site Internet

5. Site de l'Association Parole Bégaiement, [Association Parole Bégaiement | Information sur le bégaiement, la recherche, les thérapies \(begaielement.org\)](http://www.begaielement.org).
6. <http://psychanalyse-21.psyblogs.net/2014/01/lentretien-clinique.html>(lydia F.et jean-louis P.2006Ninot G (2014). Définir la notion de qualité de vie. *Blog en Santé*, L2 :<http://blogensante.fr/2013/09/02/definir-la-notion-de-qualite-de-vie/>

Dictionnaires :

1. Brin F., Courrier C., Lederlé E., Masy V., (2004), Dictionnaire d'orthophonie. Ortho édition, Isbegues.

Annexes

J.S. Yaruss, R.W. Quesal / Journal Of Fluency Disorder 31 (2016). 90-115.

Annexe A. Exemple du Formulaire OASES

Evaluation Globale De L'épreuve du patient Bègue

Nom : _____ Age : _____ sexe : M F Date : _____

Instruction : cette échelle se compose de quatre sections qui examinent les différents aspects de votre épreuve sur le bégaiement. Veuillez compléter chaque élément en encerclant le chiffre approprié, si un élément ne vous correspond pas, laissez le vide et passez à l'élément suivant.

Section I : Information Générale

A. Information générale sur votre langage	Toujours	souvent	parfois	rarement	jamais
1.Quand es-tu capable de parler sans bégayer ?	1	2	3	4	5
2.Quand ta parole te paraît-elle « naturelle »(comme le celle d'autres enfants) ?	1	2	3	4	5
3.Dans quelle mesure êtes-vous capable de maintenir la fluidité de votre parole de jour au jour ?	1	2	3	4	5
4.A quelle fréquence dites-vous exactement ce que vous voulez dire mémé si vous pensez que vous pourriez baguier ?	1	2	3	4	5

B.A quelle point êtes-vous informé ... ?	Enormément	Beaucoup	légèrement	un peu	rien
5.Le bégaiement en générale .	1	2	3	4	5
6.Facteurs qui affectent le bégaiement .	1	2	3	4	5
7.Que se passe-t-il à votre parole quand vous bégayer .	1	2	3	4	5
8.Groupe d'entraide ou de soutien pour les personnes qui bégaiant.	1	2	3	4	5

C. Généralement. Comment vous vous sentez ?	Trop Positive	Légèrement Positive	Neutre	Légèrement négative	trop négative
9.Votre capacité à parler	1	2	3	4	5
10.Votre capacité à communiquer (ex. faire passer votre message sans vous inquiéter de votre fluidité)	1	2	3	4	5
11.La façon dont tu as l'aire quand vous parlez	1	2	3	4	5
12.Techniques pour parler couramment (ex. techniques que t'a appris durant la rééducation orthophonique)	1	2	3	4	5
13.Etre une personne qui bégaie	1	2	3	4	5
14.Etre identifié par d'autres personnes comme un bègue	1	2	3	4	5
15.Groupe d'entraide ou de soutien pour les personnes qui bégaient	1	2	3	4	5

Copyright © 2016 J.ScottYaruss. PhD & Roberts W. Quesual. PhD All Rights Reserved

Section II : Réaction Par Rapport Au Bégaiement

A. Quand vous pensez à votre bégaiement, comment vous vous sentez ... ? (Note : veuillez remplir les deux colonnes de cette section)											
	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours		Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
16. Sans Espoir	1	2	3	4	5	21. Déprimé (e)	1	2	3	4	5
17. En Colère	1	2	3	4	5	22. Défensive	1	2	3	4	5
18. Honteux	1	2	3	4	5	23. Embarrassé (e)	1	2	3	4	5
19. triste	1	2	3	4	5	24. Coupable	1	2	3	4	5
20. Anxieux (se)	1	2	3	4	5	25. Frustré (e)	1	2	3	4	5

B. combien de fois vous ... ?	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
26. Expérimenter la tension physique quand vous bégayer	1	2	3	4	5
27. Expérimenter la tension physique quand vous parlez couramment	1	2	3	4	5
28. Faire des clignements des yeux, des grimaces faciales, des mouvements des bras etc. Quand vous bégayez	1	2	3	4	5
29. Couper le contact visuel ou éviter de regarder la personne qui vous écoute	1	2	3	4	5
30. Éviter de parler dans certaines situations ou certaines personnes	1	2	3	4	5
31. Échapper à une situation parce que vous pensez que vous pouvez bégayer	1	2	3	4	5
32. Ne pas dire ce que vous voulez (ex : éviter les mots , refuser de répondre aux questions , commander quelque chose que vous aimez pas car c'est plus facile à prononcer	1	2	3	4	5
33. Commencer votre conversation avec (ex... :Um ou essayer la gorge) ou changer la manière dont vous parlez (ex... utiliser un accent) pour être plus fluide.	1	2	3	4	5
34. Passer par une période de bégaiement élevé après avoir bégayer en un mot	1	2	3	4	5
35. Laisser quelqu'un d'autre parler à votre place	1	2	3	4	5

Section III : La Communication Dans La Vie De Tout Les Jours

(Dans cette situation, indiquez le degré de difficulté que vous rencontrez dans cette situation)

A. Comment c'est difficile pour vous de communiquer dans les situations générales suivantes ?	Pas de	Pas	Un		
	Tout	Très	Peu	Très	Extrêmement
	Difficile	Difficile	Difficile	Difficile	Difficile
36.Parler avec d'autre enfants	1	2	3	4	5
37.Parler avec des adultes	1	2	3	4	5
38.Parler quand il y a peu de personne autours	1	2	3	4	5
39.Parlerquand il y a beaucoup de personnes autours	1	2	3	4	5
40.Parler au téléphone	1	2	3	4	5

B. Comment est-il difficile pour vous de communiquer dans les situations suivantes à l'école ?	Pas de	Pas	Un		
	Tout	Très	Peu	Très	Extrêmement
	Difficile	Difficile	Difficile	Difficile	Difficile
41.Répondre aux questions orales posées par votre enseignant (e)	1	2	3	4	5
42.Faire une présentation orale	1	2	3	4	5
43.Parler devant vos camarades de classe	1	2	3	4	5
44.Parler avec vos camarades de classe ou avec d'autres élèves de l'école	1	2	3	4	5
45.Parler à votre enseignant	1	2	3	4	5

D. Comment est-il difficile pour vous de communiquer dans les situations suivantes à la maison ?	Pas de	Pas	Un		
	Tout	Très	Peu	Très	Extrêmement
	Difficile	Difficile	Difficile	Difficile	Difficile
46.Utiliser le téléphone à la maison	1	2	3	4	5
47.Discuter avec tes parents	1	2	3	4	5
48.Discuter avec tes frères et sœurs	1	2	3	4	5
49.Discuter avec d'autres membres de ta famille	1	2	3	4	5
50.Faire partie dans une discussion entre les autres membre de la famille	1	2	3	4	5

Section IV : Qualité de vie

A. Dans quelle mesure votre qualité de vie est-elle affectée par ... ?	Pas de Tout	Un Peu	à peine	Beaucoup	Complètement
51. Votre bégaiement	1	2	3	4	5
52. Votre réactions envers le bégaiement	1	2	3	4	5
53. La réaction d'autres personnes envers ton bégaiement (comme l'intimidation, les menaces, agressivité, le harcèlement ou les moqueries)	1	2	3	4	5

B. Dans quelle mesure le bégaiement interfère-t-il avec votre ... ?	Pas de Tout	Un Peu	à peine	Beaucoup	Complètement
54. Estime de soi	1	2	3	4	5
55. Vision globale de la vie	1	2	3	4	5
56. Confiance en soi	1	2	3	4	5
57. enthousiam envers la vie	1	2	3	4	5
58. Santé et bien-être physique	1	2	3	4	5
59. Niveau d'énergie	1	2	3	4	5
60. Bien-être spirituel	1	2	3	4	5

J.S. Yaruss, R.W. Quesal / Journal Of Fluency Disorder 31 (2016). 90-115.

Evaluation Globale De L'épreuve du patient Bègue

Instruction : Calculez les scores d'impact pour chacune des 4 sections de OASES en (a) totalisant le nombre de point dans chaque section et (b) compter le nombre d'éléments complétés dans chaque section. Multipliez le nombre d'éléments complété par 5 pour obtenir le total des points possible pour chaque section. L'impact score pour chaque section est égale à 100 fois le point de chaque section dévissée par le total des points possible pour cette section. En fait, le score sera toujours compris entre 20 et 100. Déterminez l'indice d'impact pour chaque section en fonction de l'impact des scores dans le tableau en bas de la page.

Nom :

Age :

sexe : M F

Date :

Section I : Informations Générales (15 Total Elément)

Section I Points : Eléments Complété dans la section I :

Section I Points Possibles (Section I Eléments complété x 5) =.....

Section II : Réactions Envers Le Bégaiement (20 Total Elément)

Section II Points : Eléments Complété dans la section II :

Section II Points Possibles (Section II Eléments complété x 5) =.....

Section III : Communication Au Quotidien (15 Total Elément)

Section III Points : Eléments Complété dans la section III :

Section III Points Possibles (Section III Eléments complété x 5) =.....

Section IV : Qualité De Vie (10 Total Elément)

Section IV Points : Eléments Complété dans la section IV :

Section IV Points Possibles (Section IV Eléments complété x 5) =.....

SCORE D'IMPACT TOTAL (60 Eléments Total)

Points Total..... Eléments Total Complété

(Point Total = Section I +Points Section II +Points Section III +Points Section IV)

(Elément Total Complété =Section I Eléments Complété+ Section I Eléments Complété+ Section II Eléments complété+ Section III Eléments Complété+ Section IV Eléments complété)

Points Total Possible (Eléments Total complété x 5) :

Score D'impact Total =..... Taux D'impact

Score D'impact	Taux d'impact
Léger	20,0 - 22,9
Léger-Modéré	30,0 - 44,9
Modéré	50,0 - 59,9
Modéré-Sévère	60,0 - 74,9
Sévère	75,0 - 100

La qualité de vie chez les enfants bégues

Etude de quatre (4) cas réalisée au cabinet clinique de psychologie et d'orthophonie

Résumé

Le bégaiement est un trouble à multiples facettes résultant de l'interaction entre la génétique, facteurs neurophysiologiques, environnementaux et autres. La manière dont ces facteurs interagissent les uns avec les autres ne sont pas encore entièrement compris et fait encore l'objet de recherches. Au cours des dernières années, plusieurs auteurs ont montré que l'impact de la maladie va bien au-delà du composant de surface, avec des preuves solides sur les effets psychosociaux du bégaiement non seulement pour la personne qui bégaie mais aussi pour sa famille.

Ce travail de recherche a pour objectif d'évaluer la qualité de vie des enfants bégues. Nous avons effectué une étude de cas sur 4 enfants bégues âgés entre 9 et 12 ans, en utilisant l'entretien-semi directif et l'échelle de OASES-S.

Nos résultats montrent que le bégaiement peut nuire gravement la qualité de vie de l'enfant bègue qui a un effet délétère à long terme sur le fonctionnement social et émotionnel y compris la dépression qui ont un effet sur sa scolarisation et les activités quotidiennes.

Mots clés :

Bégaiement – Enfants - Qualité de vie – OASES-S

Abstract

Stuttering is a multifaceted disorder resulting from the interaction between genetic, neurophysiological, environmental, and other factors. The ways these factors interact with each other is not yet fully understood, and is still subject of research. In recent years, several authors have shown the impact of the disorder to reach far beyond the surface components, with strong evidence about the psychosocial effects of stuttering not only for the person who stutters but also for their family.

The objective of this research work is to assess the quality of life of children who stutter. We carried out a case study of 4 stuttering children aged between 9 and 12 years old, using the semi-structured interview and the OASES-S scale.

Our results show that stuttering can seriously affect the quality of life of the stuttering child which has a long-term deleterious effect on social and emotional functioning including depression which affects their education and daily activities.

Key Words :

Stuttering- Children- Quality of life- OASES-S