



Effets d'une thérapie intensive de groupe pour les adolescentes et adolescents franco-québécois qui bégaiement : résultats d'une étude rétrospective



Impact of Intensive Group Therapy for Québec-French-Speaking Adolescents Who Stutter: Findings of a Retrospective Study

MOTS-CLÉS

BÉGALEMENT

THÉRAPIE INTENSIVE

GROUPE

ADOLESCENTS

EFFICACITÉ DE L'INTERVENTION

Marie-Ève Caty
Judith Labonté
Maxime Paquet
Isabelle Nadeau
Marie-Laurence Dubé

Marie-Ève Caty¹, Judith Labonté², Maxime Paquet³, Isabelle Nadeau⁴ et Marie-Laurence Dubé⁵

¹Département d'orthophonie, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC, CANADA

²Association des jeunes bègues du Québec et clinique spécialisée en bégaiement et bredouillement, QC, CANADA

³Département de psychologie, Université de Montréal, Montréal, QC, CANADA

⁴Centre de services scolaire des Chênes, Drummondville, QC, CANADA

⁵Centre de services scolaire Marguerite-Bourgeoys, Saint-Laurent, QC, CANADA

Abrégé

Le bégaiement développemental est un trouble complexe qui affecte non seulement la parole, mais également les relations sociales et le développement identitaire chez plusieurs adolescentes et adolescents qui bégaiement. Les thérapies de groupe semblent une modalité appréciée et efficace auprès de cette population. L'Association des jeunes bègues du Québec propose depuis 1993 une thérapie intensive de groupe, sous forme de camp de vacances, aux jeunes de 13 à 17 ans. Au total, les adolescentes et adolescents reçoivent environ 50 heures d'intervention orthophonique, lesquelles sont consacrées depuis 2011 à une application adaptée du programme Camperdown accompagnée d'activités d'éducation psychologique inspirées de la thérapie cognitivocomportementale. L'objectif de la présente étude est d'évaluer les effets de cette thérapie intensive de groupe sur le plan de la parole. Pour y parvenir, une étude clinique rétrospective a été effectuée. Les données sociodémographiques et cliniques ont été extraites d'un échantillon de 44 dossiers de jeunes de 13 à 17 ans ayant bénéficié de la thérapie de groupe de l'Association des jeunes bègues du Québec de 2011 à 2019. Des statistiques descriptives ont permis d'obtenir un portrait détaillé des participantes et participants. Des analyses statistiques non paramétriques ont démontré une diminution significative ($p < 0,01$) des valeurs de pourcentage de syllabes bégayées et de sévérité subjective du bégaiement au terme des six jours de thérapie intensive. De plus, la majorité des jeunes avaient amorcé la phase III du programme Camperdown – qui comporte quatre phases au total. D'autres recherches sont nécessaires afin d'étudier l'efficacité de l'intervention auprès des adolescentes et adolescents qui bégaiement, notamment en regard des facteurs psychosociaux associés au bégaiement.

Rédactrice :
Véronique Delvaux

Rédacteur en chef :
David H. McFarland

Abstract

Developmental stuttering is a complex disorder that affects not only speech, but also social interactions and identity formation in many adolescents who stutter. Group therapy appears to be a popular and effective treatment modality for working with this population. Since 1993, the *Association des jeunes bègues du Québec* [Québec Association of Young Stutterers] has been offering intensive group therapy during summer camps to young people aged 13 to 17 years. In total, the adolescents receive approximately 50 hours of speech-language pathology therapy, which has been devoted to an adapted form of the Camperdown Program with cognitive behaviour therapy inspired activities since 2011. The aim of this study was to evaluate the impact of this intensive group therapy on adolescents' speech abilities using a retrospective clinical study design. Sociodemographic and clinical data were drawn from the clinical files of 44 individuals aged 13 to 17 who took part in the group therapy offered by the *Association des jeunes bègues du Québec* between 2011 and 2019. Descriptive statistics provided a detailed profile of the participants. Nonparametric statistical analyses showed a significant decrease ($p < .01$) in the percentage of syllables stuttered and in the subjective severity of stuttering after 6 days of intensive therapy. In addition, most of the individuals had begun Stage III of the four-stage Camperdown Program. Further research is needed to investigate the effectiveness of this intervention with adolescents who stutter, particularly with regard to the psychosocial factors associated with stuttering.

Définition du bégaiement

Le bégaiement, ou trouble de la fluidité développemental (traduction libre de *childhood-onset fluency disorder*; American Psychiatric Association, 2013) est un trouble neurodéveloppemental qui perturbe la fluidité et le rythme de la parole, débutant généralement avant l'âge de quatre ans (Yairi et Ambrose, 2013). Les caractéristiques primaires du bégaiement, souvent les premiers signes à apparaître, peuvent être des répétitions de sons, de syllabes ou de mots monosyllabiques, des blocages ou des prolongements de sons, et sont présentes de manière variable d'une personne à l'autre (Guitar, 2019; Yairi et Seery, 2023). Ces interruptions de la parole, appelées disfluidités typiques du bégaiement, peuvent s'accompagner de signes de lutte et de tension, aussi appelées caractéristiques secondaires. Par exemple, l'individu peut cligner des yeux, hocher la tête, changer de mots ou utiliser des interjections (« hum », « ok », « eeh ») pour échapper aux moments de bégaiement (Pertijs et al., 2014). À ces caractéristiques primaires et secondaires peuvent s'ajouter des caractéristiques tertiaires, correspondant aux impacts négatifs du bégaiement sur les plans émotionnel et cognitif (Connery et al., 2020; Iverach et al., 2018; Yaruss et Quesal, 2004), tels que des sentiments de frustration, de colère, de honte (Blood et al., 2011; Erickson et Block, 2013; Gabel et al., 2008) et l'appréhension des situations de communication (Blood et al., 2011; Erickson et Block, 2013). Dans certains cas, le bégaiement peut persister à travers l'adolescence et même jusqu'à l'âge adulte (Craig et al., 2002), et peut alors être associé à une diminution de la qualité de vie de la personne sur les plans social, éducatif et professionnel (Brignell et al., 2020).

Impacts psychosociaux du bégaiement à l'adolescence

Comparativement à leurs pairs qui ne bégaiement pas, plusieurs adolescentes et adolescents qui bégaiement éprouvent un plus grand impact négatif dans leur vie en raison du bégaiement, de même qu'une qualité de vie réduite (Beilby et al., 2012). Sur le plan affectif, plusieurs jeunes présenteraient davantage de réactions émotionnelles négatives associées à leur bégaiement en vieillissant, dont la peur, le stress et la honte (Blood et al., 2001), ce qui aurait un impact délétère sur leurs habiletés sociales et leur perception de soi. Concrètement, les jeunes peuvent se sentir moins bien acceptés socialement, éprouver de la difficulté à développer des amitiés, éviter des situations sociales en plus d'avoir une perception négative de leurs compétences communicatives (Blood et al., 2001; Blood et Blood, 2004) et d'obtenir possiblement de moins bons résultats scolaires (Erickson et Block, 2013). Ces perceptions et croyances négatives reliées

à l'appréhension de s'exprimer seraient associées à de plus grands risques d'intimidation (Blood et Blood, 2004, 2007). De fait, plusieurs adolescentes et adolescents qui bégaiement rapportent avoir été la cible de moqueries, voire d'intimidation en lien avec leur différence sur le plan de la parole (Blood et al., 2011; Erickson et Block, 2013). De nombreuses études rapportent en effet des proportions variables de jeunes ayant été victimes d'intimidation parce qu'elles et ils bégayaient, allant de 15 % (Hearne, Packman, Onslow et Quine, 2008) à 44 % (Blood et al., 2011). Le rejet par les pairs et l'intimidation sont des problèmes qui peuvent entraîner de graves conséquences à court et à long terme sur le développement psychosocial et l'adaptation globale des adolescentes et adolescents qui bégaiement, notamment une augmentation de l'anxiété sociale et de la détresse psychologique (Blood et Blood, 2004, 2007, 2016; Blood et al., 2011; Gunn et al., 2014; Smith et al., 2014). Dès lors, une compréhension approfondie du profil et des besoins de l'individu qui bégaiement, dès le plus jeune âge, est nécessaire pour adapter et personnaliser l'intervention orthophonique, dans le but de diminuer les impacts négatifs du bégaiement (Pertijs et al., 2014).

À ce propos, il est relevé dans de nombreuses références scientifiques, depuis au moins 20 ans, qu'une intervention optimale en orthophonie doit inclure non seulement une intervention sur le bégaiement audible et visible, mais aussi un travail sur les aspects cachés du bégaiement, soit les aspects cognitifs, affectifs et comportementaux (Baxter et al., 2015; Bothe et al., 2006; Connery et al., 2020; Johnson et al., 2016; Pertijs et al., 2014). En d'autres mots, il est primordial d'intervenir pour que la personne puisse avoir une fluidité confortable, se sentir plus à l'aise lorsqu'elle parle et s'exposer aux situations de communication significatives pour elle. Pour ce faire, des activités d'éducation psychologique, inspirée entre autres des thérapies cognitives comportementales (Beck, 1995) ou de la thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy*; Harris, 2009), sont de plus en plus réalisées par des orthophonistes (Boyle, 2011; Cheasman et Everard, 2013; Hart et al., 2021; Menzies et al., 2009). Au Québec, au cours des dernières années, il est possible pour les orthophonistes de se former davantage pour acquérir les compétences nécessaires afin d'intervenir sur ces aspects psychosociaux, tout en respectant les limites de leur champ de pratique.

L'adolescence

L'adolescence est une phase de changements physiques, sociaux, cognitifs et émotionnels rapides (Crone et Dahl, 2012; Kilford et al., 2016) qui peut être définie comme une période intermédiaire durant laquelle la

personne, qui n'est ni un enfant ni un adulte, n'a pas ou peu de responsabilités sociales et pendant laquelle elle peut explorer, exercer et expérimenter différents rôles (Cloutier et al., 2021). Durant cette période, le développement des fonctions exécutives, c'est-à-dire la capacité à diriger les pensées et les actions en fonction d'objectifs internes, est particulièrement marqué (Kilford et al., 2016). Ce développement se manifeste par une augmentation de la flexibilité mentale ainsi que des capacités à se contrôler, à évaluer ses compétences et ses performances personnelles, à planifier des tâches, à travailler de manière indépendante et à résoudre des problèmes (Crone, 2009; Kilford et al., 2016). La construction de l'identité personnelle évolue également à l'adolescence en raison de la façon dont la ou le jeune considère l'autre et pense être perçue ou perçu par les autres (Cannard, 2019; Sebastian et al., 2008). À ce développement, s'associent une plus grande conscience de soi, une auto-évaluation accrue ainsi qu'une sensibilité et une préoccupation plus élevées face à l'opinion des autres (Somerville, 2013). La maturation normale de l'adolescence peut donc entraîner à la fois une plus grande conscience du bégaiement et une plus grande préoccupation du regard des autres, ce qui rend le traitement orthophonique singulier pour cette clientèle, voire plus complexe. En contrepartie, les adolescentes et adolescents présentent un ensemble de compétences cognitives qui peuvent les aider à s'engager plus favorablement dans un processus thérapeutique qui nécessite une autosurveillance, une réflexion et une autodirection que le feraient des enfants plus jeunes (Fry et al., 2014). En somme, la clientèle adolescente qui bégaiet se distingue de celles des enfants ou des adultes en raison des changements caractéristiques de cette période de vie. Malgré tout, l'intervention orthophonique auprès de cette clientèle spécifique demeure un domaine encore peu étudié (Baxter et al., 2015; Brignell et al., 2020; Fry et al., 2009; Nippold et Packman, 2012; Nye et al., 2013).

Spécificités et modalités de l'intervention orthophonique chez les adolescentes et adolescents qui bégaiet

Considérant les impacts psychosociaux du bégaiement à cet âge et la multitude de changements définissant la période de l'adolescence, plusieurs reconnaissent la nécessité de les considérer comme un groupe distinct, et non comme de « grands enfants » ou de « jeunes adultes » (Hearne, Packman, Onslow et O'Brian, 2008, p. 495). Ce constat découle de leur désir d'autonomie, d'indépendance, mais également de leur degré d'investissement face au changement (Rodgers et al., 2021).

Bien que la nécessité d'adapter les traitements aux besoins et aux intérêts de la clientèle adolescente soit

reconnue, rares sont les études qui se sont attardées à leur opinion à propos de la thérapie. L'étude de Hearne, Packman, Onslow et Quine (2008) est une des exceptions. Cette équipe de recherche a interviewé des individus âgés de 13 à 26 ans au sujet de leur expérience avec le bégaiement et de leur perception quant à la thérapie en orthophonie. Leurs résultats permettent de mieux comprendre les facteurs favorables à la collaboration et à l'engagement des adolescentes et adolescents dans un processus thérapeutique. La majorité des jeunes de l'étude se positionnait en faveur d'une thérapie orthophonique intensive pour les raisons suivantes : (1) l'intensité du traitement qui oblige à penser continuellement aux techniques de fluidité et (2) le fait que cette modalité soit plus représentative de la réalité, comparativement à une modalité de traitement individuelle. La modalité de groupe était également très appréciée, car elle permettait d'être avec des personnes du même âge qui partagent des intérêts communs, d'apprendre des autres et de découvrir d'autres personnes qui vivent une différence similaire. Les jeunes de l'étude ont aussi trouvé les activités de transfert particulièrement utiles pendant leur processus de thérapie. Il s'agit notamment d'entreprendre des tâches hors clinique, par exemple dans un lieu public comme un magasin, où les interactions sont réalisées dans le monde réel. Par-dessus tout, les jeunes dans l'étude de Hearne, Packman, Onslow et Quine (2008) soutiennent qu'avoir un bégaiement n'est pas une raison suffisante pour commencer un traitement. Ces jeunes soulignent l'importance que le suivi orthophonique soit entrepris à un moment opportun, c'est-à-dire quand elles et ils sentent le besoin de franchir cette étape.

Plusieurs autres études corroborent que la modalité de groupe est appréciée et souhaitable chez la clientèle adolescente (Fry et al., 2014; Herring et al., 2022; Keilmann et al., 2018; Laiho et Klippi, 2007) et que les résultats obtenus sur le plan de la diminution du bégaiement sont aussi intéressants qu'en modalité individuelle (Carey et al., 2014). De même, l'efficacité de l'intervention serait optimisée pour plusieurs jeunes lorsque l'orthophoniste favorise leur responsabilisation et le développement de leurs habiletés d'auto-évaluation (Bothe et al., 2006).

Le programme Camperdown pour les adolescentes et adolescents qui bégaiet

Même si davantage de recherches avec un devis scientifique rigoureux sont nécessaires afin d'appuyer le traitement du bégaiement auprès de la clientèle adolescente (Brignell et al., 2020; Hofslundsengen et al., 2022), le programme Camperdown (PC) figure parmi les traitements qui ont montré des effets bénéfiques pour cette clientèle. Bien que ce programme ait été conçu

initialement pour les adultes, des études ont indiqué une diminution significative des disfluidités typiques du bégaiement auprès des adolescentes et adolescents utilisant le PC (Carey et al., 2012, 2014; Hearne, Packman, Onslow et O'Brian 2008).

Le PC s'inscrit au sein d'une approche de restructuration (ou façonnement) de la parole et se divise en quatre phases : l'enseignement des composantes du traitement (phase I), l'établissement de la fluidité (phase II), la généralisation (phase III), et le maintien des acquis (phase IV; O'Brian et al., 2018). Tout d'abord, l'orthophoniste enseigne un patron de parole prolongée, qui est non naturel et incompatible avec le bégaiement, en utilisant une échelle de sévérité subjective à neuf ancrs (SEV; 0 = pas de bégaiement, 8 = bégaiement extrêmement sévère) et une échelle de technique de fluidité à neuf ancrs (TF; 0 = pas de technique, 8 = modèle d'entraînement, qui est incompatible avec le bégaiement¹; O'Brian et al., 2018). Par la suite, la personne apprend à utiliser la TF lors de pratiques structurées en thérapie dans le but de produire une parole fluide (SEV 0) et graduellement plus naturelle (TF entre 0 à 2). Lors de la phase de généralisation, l'utilisation de la TF est encouragée lors des situations de communication quotidiennes. Enfin, l'objectif de la phase de maintien est de permettre à l'individu qui bégaiement de maintenir une parole la plus naturelle possible à long terme et avec une fluidité satisfaisante dans les situations de communication significatives de sa vie de tous les jours.

L'Association des jeunes bègues du Québec et son camp intensif : la formule québécoise

L'Association des jeunes bègues du Québec (AJBQ), fondée en 1993, est un organisme à but non lucratif qui a pour mission « d'offrir aux jeunes qui bégaiement l'espoir, les connaissances et la confiance pour se réaliser pleinement » (AJBQ, s. d.). Pour ce faire, l'association offre une modalité de traitement orthophonique unique au Québec, soit une thérapie intensive de fluidité de groupe, se déroulant sous forme d'un camp de vacances (AJBQ, 2016). Ce camp, offert aux jeunes qui ont entre 8 et 17 ans, est d'une durée de six jours, et a lieu une fois par été, au début du mois d'août. Les jeunes qui participent forment deux groupes, selon leur âge : âge scolaire (8 à 12 ans) et adolescence (13 à 17 ans). Il y a un maximum de 20 participants et participantes pour chacun des groupes, avec en moyenne sept individus par année dans le groupe adolescence. Le ratio jeunes-orthophoniste est de trois pour un.

Depuis 2011, les orthophonistes d'expérience qui travaillent avec le groupe adolescence utilisent les

principes du PC (O'Brian et al., 2018) et des activités d'éducation psychologique inspirées de la thérapie cognitivocomportementale, ciblant entre autres la restructuration cognitive et des techniques d'exposition graduée (Beck, 1995; Menzies et al., 2009). Les interventions orthophoniques en lien avec le PC sont réalisées majoritairement en sous-groupes, avec des moments de travail individuel, suivant l'évolution de chaque participante et participant. Certaines activités d'éducation psychologique se déroulent sous forme de discussions en grand groupe; à l'aide de mises en situation, les jeunes qui bégaiement s'expriment sur différents sujets, partagent leur vécu, se questionnent et échangent sur les comportements et attitudes favorables à adopter. Les thèmes abordés sont, entre autres : définition et perception du bégaiement, stress et anxiété, intimidation, affirmation de soi, résolution de problèmes et l'après-thérapie. Le modèle de la thérapie cognitivocomportementale, qui vise à reconnaître les réactions corporelles, les émotions ressenties, les pensées et les comportements (Beck, 1995), est également expliqué, discuté et appliqué à différentes situations, de manière individuelle avec les jeunes. Chaque personne est aussi amenée à s'exposer graduellement et à son rythme à des situations sociales stressantes (défis de parole) selon les principes de l'exposition graduée et en utilisant une échelle de stress adaptée à partir de l'échelle d'anxiété à 11 ancrs (0 = pas d'anxiété, 10 = très grande anxiété) qui a été ajoutée au PC en 2015 (O'Brian et al., 2015). Des blocs de thérapie sont proposés en alternance avec des activités de plein air (p. ex. kayak, baignade, escalade, etc.) pour favoriser la généralisation des stratégies enseignées. Pour favoriser leur responsabilisation, les jeunes notent entre autres leur SEV trois fois par jour (matin, après-midi, soirée), déterminent leurs objectifs d'exposition et s'autoévaluent dans l'atteinte de ces derniers, notamment grâce à l'utilisation quotidienne d'un journal réflexif. Les parents peuvent assister, au sixième jour (J6), à une présentation orale préparée par les jeunes et à la remise du bilan d'évolution orthophonique. Trois rencontres post-camp, animées par des orthophonistes du camp et des bénévoles, d'une durée de trois heures en présentiel, sont également offertes aux adolescentes et adolescents, et ce, un mois, trois mois et six mois après le camp.

À ce jour, nous possédons que très peu de données quant à l'efficacité de la thérapie intensive de fluidité de groupe de l'AJBQ, outre l'étude de cas de Forest (2014), qui avait constaté une diminution du bégaiement chez six jeunes ayant participé au camp. Par ailleurs, aucune analyse statistique inférentielle n'a été réalisée à ce jour, ce à quoi la présente étude vise à remédier.

¹Des modèles de TF produit par *Australian Stuttering Research Centre* (2022) en format audio sont disponibles en langue anglaise en ligne (<https://www.uts.edu.au/asrc/resources/camperdown-program>).

Le but de la présente étude consiste donc à évaluer les effets d'une thérapie intensive pour les adolescentes et adolescents francophones qui bégaiement, soit celle offerte par l'AJBQ. Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- 1) Documenter l'effet de la thérapie intensive de groupe de l'AJBQ sur la fréquence du bégaiement, c'est-à-dire le pourcentage de syllabes bégayées (% SB) et la sévérité subjective (SEV) d'adolescentes et adolescents francophones qui bégaiement;
- 2) Documenter l'application du PC dans un cadre non traditionnel, soit sous la forme d'un camp de vacances de 6 jours;
- 3) Comparer les mesures de % SB et de SEV obtenues chez les campeuses et campeurs qui en étaient à leur première participation, soit les nouvelles et nouveaux, par rapport à ceux qui reviennent, soit les anciennes et anciens.

L'hypothèse émise pour le premier objectif est que la thérapie intensive de l'AJBQ réduirait significativement la fréquence et la sévérité du bégaiement chez les individus,

comme documenté dans des études antérieures comparables (Carey et al., 2012, 2014). Les deux autres objectifs sont de nature exploratoire. Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche sur les êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (CER-20-272-07.10).

Méthode

Participant·es et participants

Un nombre total de 44 individus francophones ($n = 12$ filles, $n = 32$ garçons), âgés en moyenne de 14,4 ans, ont bénéficié de la thérapie intensive de l'AJBQ entre 2011 et 2019 et ont autorisé l'AJBQ à partager les informations consignées à leur dossier à des fins de recherche. À noter qu'en 2020, en raison de la pandémie de COVID-19, le camp s'est tenu à distance avec une formule différente et qu'en 2021 et 2022 il n'y a pas eu de camp. Pour être retenus, les sujets devaient : (1) être âgés de 13 à 17 ans inclusivement et (2) avoir participé à la totalité des activités thérapeutiques incluses dans la programmation du camp. Le **tableau 1** rapporte les informations détaillées sur les jeunes. Ces informations ont été collectées à partir des

Tableau 1

Données socio-démographiques des 44 participant·es et participants

Cohorte	<i>n</i>	Âge		Sexe		Présence troubles associés*		Thérapie antérieure**		Campeur (-euse)s***	
		<i>M</i>	<i>É-T</i>	Fém.	Masc.	Oui	Non	Oui	Non	Nouv.	Anc.
2011	3	14,7	2,1	2	1	1	2	1	2	2	1
2012	7	14,4	1,1	1	6	4	3	0	7	4	2
2013	7	13,7	0,8	3	4	4	2	4	3	4	2
2014	5	15,6	1,1	2	3	3	2	2	3	2	3
2015	4	14,8	1,7	3	1	2	2	2	2	2	2
2016	5	14,4	1,3	0	5	1	4	3	2	5	0
2017	6	14,0	1,1	0	6	1	5	0	3	2	3
2018	3	14,3	2,3	0	3	1	2	2	0	2	1
2019	4	13,8	1,0	1	3	1	3	2	1	0	4

Note. Moy. = moyenne; Fém. = féminin; Masc = masculin; Nouv. = nouveau(-elle); Anc. = ancien(ne).

* Données manquantes pour un dossier (total de 43)

** Données manquantes pour cinq dossiers (total de 39)

*** Données manquantes pour trois dossiers (total de 41)

différents documents que devaient remplir les jeunes et leurs parents lors de l'inscription à la thérapie intensive. Le nombre d'inscriptions annuelles pour chacune des neuf cohortes se situe entre trois et sept. Un total de 41,0 % des jeunes bénéficiaient d'un suivi orthophonique dans l'année précédant le camp ($n = 16/39$), ce qui correspond à la variable « thérapie antérieure ». Il est à noter que les variables « sexe » et participation à une « thérapie antérieure », qui ont été mesurées de manière dichotomique et qui comprennent un nombre considérable de participantes et participants par groupes, ont fait l'objet d'analyses pour vérifier leur effet potentiellement confondant quant aux différences mesurées sur les variables dépendantes à l'étude (% SB et SEV). Des analyses de différences non paramétriques (Mann-Whitney) préliminaires ont été réalisées et aucune différence significative n'a été obtenue, ce qui soutient la décision d'utiliser l'échantillon complet dans les analyses.

La majorité (56,1 %) des participantes et participants ($n = 23/41$, car des données sont manquantes pour trois dossiers) indiquait participer pour la première fois au camp, ce qui réfère ici aux nouvelles campeuses et nouveaux campeurs. Les jeunes qui étaient présents ou présentes lors d'une édition antérieure réfèrent aux anciennes campeuses et anciens campeurs. Un peu moins de la moitié (41,9 %) des adolescentes et adolescents ($n = 18/43$, car une donnée est manquante pour un dossier) affirment présenter un ou plusieurs troubles associés à leur bégaiement. Le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité est la condition la plus fréquente ($n = 6/18$), suivie de la dyspraxie verbale ($n = 4/18$), du trouble d'anxiété ($n = 3/18$) et du trouble de langage ($n = 2/18$). L'origine géographique des jeunes est la suivante : Québec ($n = 39$), Ontario ($n = 1$), Nouveau-Brunswick ($n = 2$) et Belgique ($n = 2$). Dans leur ensemble, 81,8 % ($n = 36/44$) des adolescentes et adolescents estiment leur niveau de motivation à participer à la thérapie intensive de fluidité de « élevé » à « très élevé » (sur une échelle maison de type Likert à cinq ancrés).

Description de l'intervention et adaptations

Certaines adaptations du PC, initialement utilisé en thérapie individuelle, ont été mises en place en raison du contexte intensif et de groupe du camp, comme recommandé dans le programme (O'Brian et al., 2018). Par exemple, pour passer de la phase I à la phase II, le programme original demande que la personne maintienne la SEV de sa parole à 0, en utilisant les niveaux 7-8 de la TF, pendant toute la période d'une rencontre individuelle en orthophonie, soit environ 50 minutes. Cette durée étant

jugée irréaliste sur le plan logistique dans le contexte du camp, les orthophonistes ont décidé, en se basant sur leur jugement clinique, de réduire la durée à environ 30 minutes. Le même principe a été appliqué pour les conversations pour passer de la phase II à la phase III, lorsque la personne doit maintenir la SEV de sa parole à 0, en utilisant la TF la plus satisfaisante pour elle ou lui.

Mesures des résultats

Dans le contexte de la thérapie intensive, toutes ces mesures ont été effectuées par les orthophonistes, et comptabilisées dans le bilan d'évolution orthophonique.

Pourcentage de syllabes bégayées (% SB)

Le pourcentage est établi selon la formule suivante : le nombre de syllabes bégayées, divisé par le nombre de syllabes dites totales, multiplié par 100 (Jones et al., 2006). Le % SB a été calculé en temps réel par les orthophonistes d'expérience participant au camp intensif à partir d'un échantillon d'environ 300 syllabes en conversation avec une ou un jeune, en contexte individuel. Afin de favoriser la fidélité de la mesure entre les orthophonistes, seuls les moments de bégaiement non ambigus ont été comptés. Ces moments étaient définis comme des moments de bégaiement qui seraient perçus comme du bégaiement par une majorité de personnes et qui n'incluaient pas de disfluidités normales (Onslow, 2003; Onslow et al., 2021). Le % SB a été mesuré par la ou le même orthophoniste à deux reprises au jour 1 (J1), préthérapie, et à deux reprises au jour 6 (J6), post-thérapie, selon le protocole de l'AJBQ. Malgré cette procédure, certaines données étaient manquantes. Ainsi, lorsque disponible, la moyenne des deux mesures prises en préthérapie ou en post-thérapie a été calculée. Autrement, la seule mesure disponible a été comptabilisée. De plus, le pourcentage de réduction a été calculé à l'aide de la formule suivante (inspiré de Craig et al., 1996) : % réduction = $100 * ([\% \text{ SB au début} - \% \text{ SB à la fin}] / \% \text{ SB au début})$.

La sévérité du bégaiement (SEV)

La SEV des jeunes a été évaluée par les orthophonistes à l'aide de l'échelle de sévérité subjective à neuf ancrés du PC (0 = pas de bégaiement, 8 = bégaiement extrêmement sévère²; O'Brian et al., 2018). Cette échelle est une méthode valide et fiable pour évaluer la sévérité du bégaiement (O'Brian et al., 2004). Selon le protocole de l'AJBQ, les mesures ont été prises au J1 et jour 5 (J5), et correspondent à la parole typique de la ou du jeune lors de ses échanges conversationnels spontanés.

² Une modification des échelles de sévérité et de technique de fluidité a eu lieu en 2015 passant d'échelles cotées de 1 à 9 à des échelles cotées de 0 à 8 (O'Brian, et al., 2016). Afin de pallier le décalage engendré par cette modification, nous avons procédé à un recodage en soustrayant 1 à chacune des données relatives à la SEV, pour les dossiers des années 2011 à 2015 inclusivement.

De plus, le pourcentage de réduction a été calculé à l'aide de la formule suivante (inspiré de Craig et al., 1996) :

$$\% \text{ réduction} = 100 * ([\% \text{ SEV au début} - \% \text{ SEV à la fin}] / \% \text{ SEV au début}).$$

L'application du PC

L'application du PC a été documentée selon : (1) les phases complétées du PC et (2) les scores de TF post-thérapie. Selon le protocole de l'AJBQ, la phase complétée était comptabilisée par l'orthophoniste au J5 de la thérapie intensive. Rappelons que le PC comporte quatre phases : I) l'enseignement des composantes du traitement, II) l'établissement de la fluidité, III) la généralisation, et IV) le maintien des acquis (O'Brian et al., 2018). Les scores de TF ont quant à eux été évalués par les orthophonistes à l'aide de l'échelle de TF à neuf ancrés du PC (0 = pas de technique, 8 = modèle d'entraînement; O'Brian et al., 2018). Selon le protocole de l'AJBQ, le score de TF était comptabilisé par l'orthophoniste au J5, et correspondait au niveau de TF jugé nécessaire pour une parole non bégayée ou très peu bégayée (SEV entre 0 et 1) chez l'individu en contexte de parole spontanée (p. ex. en conversation libre).

Les aspects psychosociaux

Bien qu'une partie de l'intervention à la thérapie intensive de fluidité de l'AJBQ porte sur les aspects affectifs, cognitifs et sociaux, aucune mesure formelle préthérapie et post-thérapie n'a été effectuée pour les documenter.

Collecte et analyse des données

Les dossiers des participantes et participants à la thérapie intensive de fluidité de 2011 à 2019 ont été analysés de manière rétrospective. Les données ont été collectées selon un protocole clinique de prise de mesures établi par les orthophonistes participant au camp. Le consentement écrit des jeunes (ou des parents pour les jeunes de 13 ans) a été donné lors de l'inscription au camp. Les bilans et formulaires ont été anonymisés et numérisés pour l'ensemble des dossiers ciblés, puis un code numérique a été attribué à chacun des dossiers pour les besoins de la recherche. Les données ont été extraites et saisies dans le logiciel Excel par la 4^e auteure et contre-vérifiées par les deux premières auteures.

Des statistiques descriptives ont été effectuées pour documenter les caractéristiques sociodémographiques des participants et pour documenter les phases complétées du PC et l'échelle de TF atteinte à la fin de la thérapie (objectif 2). Pour les objectifs 1 et 3, des tests non paramétriques ont été réalisés en raison de la distribution anormale de trois des quatre variables, soit le % SB au J1, le % SB au J6 et la

SEV au J5. Par conséquent, les analyses statistiques se sont basées sur le test de Wilcoxon pour données appariées (objectif 1) et le test U de Mann-Whitney (objectif 3) avec un niveau α de 0,05. Étant donné que des analyses non paramétriques ont été utilisées, la taille de l'effet a été calculée à l'aide de la formule $r = Z/\sqrt{N}$ (Rosenthal, 1994). Les lignes directrices pour r indiquent qu'un petit effet est de 0,1, un effet moyen de 0,3 et un effet important de 0,5 (Cohen, 1988). Le logiciel IBM SPSS 28 a été utilisé pour le traitement des données.

Résultats

Les résultats pour chacun des trois objectifs spécifiques de recherche sont présentés dans les sections suivantes.

Objectif 1 : Documenter l'effet de la thérapie intensive de fluidité sur la fréquence et la sévérité du bégaiement

Les résultats pour la fréquence et la sévérité sont présentés ci-après.

Pourcentage de syllabes bégayées (% SB)

Les statistiques descriptives, présentées au **tableau 2**, montrent que la moyenne du groupe préthérapie pour le % SB, soit à l'arrivée au camp au J1, était de 8,29 % ($\bar{E}-T = 7,67$). Ces pourcentages variaient entre 0 et 34,00 % SB. À la toute fin de la thérapie, soit au J6, la moyenne pour le % SB était de 3,30 % ($\bar{E}-T = 3,54$). Ces pourcentages variaient entre 0 et 19,10 % SB.

La thérapie intensive de fluidité a engendré une réduction du % SB chez 38 adolescents ou adolescentes sur 44. Le pourcentage de réduction moyen du groupe est de 51,07 % ($\bar{E}-T = 35,59$). Trois jeunes ont présenté une augmentation minimale et trois autres ont maintenu un % SB égal à 0 en post-thérapie. Les résultats au test de Wilcoxon indiquent qu'il existe une différence significative entre les % SB moyens en préthérapie et post-thérapie, avec une grande taille d'effet ($Z = -5,04, p < 0,001, r = 0,54$).

Sévérité du bégaiement (SEV)

Rappelons que la mesure de la SEV a été prise à J1 et J5 selon le protocole de mesure de l'AJBQ. Les statistiques descriptives, présentées au **tableau 2**, montrent que la sévérité moyenne préthérapie, soit à l'arrivée au camp (J1), était de 3,99 ($\bar{E}-T = 1,83$). Celle-ci variait entre 1 et 8. En post-thérapie, soit au J5, la sévérité moyenne était de 2,01 ($\bar{E}-T = 1,27$). Celle-ci variait entre 0 et 5. Au total, 38 jeunes sur 44 participants et participantes ont présenté une réduction de la SEV. Le pourcentage de réduction moyen du groupe est de 44,34 % ($\bar{E}-T = 34,62$). Cette mesure est demeurée inchangée pour quatre jeunes et trois auraient quant à eux connu une légère augmentation de la sévérité de leur

Tableau 2

Statistiques descriptives, pourcentage de réduction et comparaisons de moyennes à mesures répétées réalisées à partir du test de Wilcoxon pour la fréquence et la sévérité du bégaiement

Mesures (<i>n</i> = 44)	Pré <i>M</i> (<i>É-T</i>)	Post <i>M</i> (<i>É-T</i>)	% Réduction <i>M</i> (<i>É-T</i>)	Wilcoxon (<i>Z</i>)	Taille d'effet
Pourcentage de syllabes bégayées	8,29 (7,67)	3,30 (3,54)	51,07 (35,59)	-5,04 *	0,54
Sévérité du bégaiement	3,99 (1,83)	2,01 (1,27)	44,34 (34,62)	-5,33 *	0,57

Note. Pré *M* = moyenne du groupe préthérapie; Post *M* = moyenne du groupe post-thérapie.
* $p < 0,001$

bégaiement. Les résultats au test de Wilcoxon indiquent qu'il existe une différence significative entre les mesures de la SEV moyennes en préthérapie et post-thérapie, avec une grande taille d'effet ($Z = -5,33, p < 0,001, r = 0,57$).

Objectif 2 : Documenter l'application du PC dans un cadre non traditionnel, soit sous la forme d'un camp de vacances de six jours

Au terme de la thérapie intensive de fluidité de groupe de l'AJBQ, les jeunes ont bénéficié en moyenne de 50,04 heures d'intervention, dont 21,03 heures du PC adapté (voir **tableau 3**). Parmi les jeunes pour lesquels les données étaient disponibles, 31,0 % ($n = 13/42$) ont complété la phase I, 64,3 % ($n = 27/42$) la phase II, et 4,8 % ($n = 2/42$) la phase III. La médiane pour la phase de la thérapie complétée est de 2. La moyenne du groupe ($n = 37$) pour le score de TF atteint à la fin de la thérapie était de 2,00 ($\bar{E}-T = 0,91$) avec une mesure de la SEV entre 0 et 1 en contexte de communication spontanée; le score minimum atteint était de TF 0 et maximum de TF 4.

Objectif 3 : Comparer les mesures de fréquence et de sévérité du bégaiement obtenues chez les nouvelles et nouveaux campeurs par rapport à ceux qui reviennent

Le **tableau 4** présente les statistiques descriptives relatives aux pourcentages de réduction du % SB et de la SEV pour les groupes de nouvelles campeuses et nouveaux campeurs et les anciennes et anciens, c'est-à-dire ceux qui ont participé plus d'une fois à la thérapie intensive. Il présente également les comparaisons de moyennes réalisées à partir de tests de Mann-Whitney. À cet effet, aucune différence significative n'a été obtenue entre les deux groupes. En d'autres mots, les résultats illustrent que le groupe de nouvelles campeuses et nouveaux campeurs, qui présente un pourcentage de réduction moyen du % SB de 47,44 % ($\bar{E}-T = 38,91$) obtient un score similaire à celui du

groupe des anciennes et anciens ($M = 49,77; \bar{E}-T = 31,35$), comme démontré par le test de Mann-Whitney ($U = 206, p = 0,979$). De même, le groupe de nouvelles campeuses et nouveaux campeurs, qui présente un pourcentage de réduction moyen de la SEV de 37,31 % ($\bar{E}-T = 35,83$), obtient un score similaire à celui du groupe des anciennes et anciens ($M = 47,64; \bar{E}-T = 32,35$), $U = 171, p = 3,42$.

Discussion

Cette étude avait pour objectif d'étudier les effets de la thérapie intensive de groupe de l'AJBQ destinée aux adolescentes et adolescents francophones du Québec qui bégaiement. Plus précisément, l'étude rétrospective de 44 dossiers a permis de broser le portrait sociodémographique de la clientèle ayant bénéficié du camp de 2011 à 2019. De plus, elle a permis de documenter l'effet sur le % SB et sur la SEV des jeunes, de connaître la progression de chaque jeune dans les quatre phases du PC ainsi que leur TF à la fin de la thérapie, et de comparer les résultats des campeuses et campeurs qui en étaient à leur première participation par rapport à ceux qui reviennent (anciennes et anciens).

Pour le premier objectif, les résultats démontrent que les adolescentes et adolescents obtiennent une réduction significative du % SB à la suite de leur participation à cette thérapie, correspondant à une diminution de plus de la moitié de leur % SB, ce qui est considéré comme une intervention efficace (Baxter et al., 2015). Ensuite, dans leur méta-analyse, Nye et al. (2013) ont avancé que selon l'effet global, les interventions thérapeutiques en bégaiement permettraient de réduire le % SB d'environ un écart-type chez les enfants, les adolescentes et les adolescents. Les résultats obtenus dans la présente étude convergent en ce sens. Le pourcentage moyen de réduction de la SEV de la présente étude (44,34 %)

Tableau 3**Répartition moyenne des heures* selon le type d'intervention**

Type d'intervention	M(h)	É-T
Programme Camperdown adapté	21,03	0,81
Éducation psychologique (inspirée de la thérapie cognitivocomportementale)	16,69	0,54
Généralisation	12,32	0,60
Total	50,04	0,65

*Calculées avec les horaires disponibles, soit ceux des années 2012 à 2017.

Tableau 4**Pourcentage de réduction moyen du pourcentage de syllabes bégayées et de la sévérité du bégaiement des nouveaux(-elles) campeur(-euse)s comparativement aux ancien(ne)s**

Mesures	Nouveaux (-elles) n = 23	Ancien(ne)s n = 18	Mann-Whitney (U)
% de réduction du pourcentage de syllabes bégayées	47,44 (38,91)	49,77 (31,35)	206
% de réduction de la sévérité du bégaiement	37,31 (35,83)	47,64 (32,35)	171

se compare aux résultats de Carey et al. en 2014, dont la moyenne de réduction de groupe est de 45 %. Rappelons cependant que la modalité de traitement offerte par l'AJBQ se démarque de l'équipe australienne de Carey par la forme et le contenu de l'intervention, de même que par le moment de prises de mesures. En effet, la thérapie intensive de l'AJBQ est réalisée en groupe, en modalité intensive en présentiel, et combine le PC à plusieurs heures d'éducation psychologique inspirées de la thérapie cognitivocomportementale. Le pourcentage de réduction de la SEV est calculé post-thérapie, soit au J5, lorsque la majorité des jeunes ont atteint la phase III du PC. En comparaison, Carey et al. (2014) offraient essentiellement le PC à distance à des jeunes de 12 à 17 ans, en modalité individuelle et non intensive, et leurs mesures en post thérapie étaient effectuées au début de la phase IV de maintien du PC. Les résultats pour ce premier objectif pourraient s'expliquer en partie par le fait que plus des trois quarts des adolescentes et adolescents ont signifié être « motivé(e)s » à « très motivé(e)s » face à leur participation à la thérapie intensive de l'AJBQ. Même si cette donnée n'a pas été mesurée avec un questionnaire psychométrique, elle demeure particulièrement importante sur le plan clinique, car elle indique que ces jeunes désiraient investir les efforts et l'énergie nécessaire dans le processus de changement thérapeutique, ce qui est reconnu comme pouvant augmenter l'efficacité de l'intervention (Hearne, Packman, Onslow et Quine, 2008; Rodgers et al., 2021).

Enfin, la présente étude n'est pas la première à s'intéresser à l'efficacité du camp de l'AJBQ pour la clientèle adolescente. Forest (2014) avait constaté une diminution importante du bégaiement chez les six jeunes qui ont formé la cohorte de l'année 2014. Les présents travaux se distinguent de ceux de Forest par le nombre de dossiers étudiés ainsi que par la nature des analyses statistiques effectuées. Les résultats de nos travaux contribuent donc à étayer les évidences selon lesquelles la thérapie intensive de groupe de l'AJBQ serait efficace pour réduire les caractéristiques primaires du bégaiement, à court terme.

Pour le second objectif, en ayant reçu en moyenne 21,03 heures d'intervention adaptée du PC, la majorité des adolescentes et adolescents (64,3 %) ayant participé au camp ont complété la phase II du PC avec un score moyen pour la TF de 2,00 en contexte de parole spontanée. En d'autres mots, la plupart des jeunes ont amorcé la phase III (sur un total de quatre phases). À titre indicatif, selon le manuel du PC (O'Brian et al., 2018), environ 10 à 20 heures, réparties sur plusieurs semaines, sont nécessaires pour les adultes afin de compléter les phases I à III du PC; et quelques heures supplémentaires pour la clientèle adolescente. Par ailleurs, il est surprenant de constater que deux jeunes ont complété la phase III du PC. En effet, rappelons que la durée de la phase III peut être de plusieurs semaines, et celle de la phase IV serait d'au moins 12 mois (O'Brian et al., 2003). Or, l'explication pourrait venir du fait

qu'au moins un de ces deux jeunes bénéficiait de service orthophonique pendant l'année précédant le camp. En somme, en seulement six jours de camp de l'AJBQ, le PC ne peut être complété en entier. Par conséquent, un suivi orthophonique à l'extérieur du camp s'avère nécessaire pour pouvoir achever les quatre phases.

Pour le troisième objectif, comme le montrent les résultats, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le pourcentage de réduction du % SB et de la SEV des adolescents et adolescentes participant pour la première fois comparativement à ceux et celles qui avaient participé à une ou plusieurs éditions antérieures. En d'autres mots, les valeurs de réduction du % SB et de la SEV des nouveaux et nouvelles et des anciens et anciennes sont comparables. Il était attendu qu'une première participation engendre des effets marqués en matière de gains, et que des participations suivantes auraient des gains plus limités, supposant un maintien de l'utilisation de la TF dans le temps. Or, pour différentes raisons, dont le caractère variable du bégaiement (Tichenor et Yaruss, 2021), les personnes qui bégaiement peuvent ne pas être en mesure de maintenir leur TF à certains moments de leur vie (Connery et al., 2020; O'Brian et al., 2018). Il importe d'aborder ce point avec les jeunes et leurs parents lors du camp de l'AJBQ et elles et ils doivent être encouragés à demander le soutien d'une ou un orthophoniste au besoin pendant l'année scolaire. Par ailleurs, l'accessibilité à des services orthophoniques est passablement difficile au Québec. Les listes d'attente sont souvent longues pour les services publics dans la majorité des régions québécoises et les coûts sont généralement élevés pour les services en cabinet privé. Ce manque d'accessibilité aux services pendant l'année scolaire pourrait expliquer en partie le fait que les jeunes reviennent au camp.

Par ailleurs, il est reconnu depuis de nombreuses années qu'il est important d'intervenir non seulement sur les caractéristiques primaires et secondaires du bégaiement, mais également sur les aspects tertiaires liés aux émotions et aux attitudes face au bégaiement chez la clientèle adolescente (Baxter et al., 2015; Beilby, 2014; Fry et al., 2014). Ce type d'intervention intégrée, combinant des éléments de gestion du bégaiement et des aspects affectifs, comportementaux et cognitifs, est recommandé afin de prévenir les impacts nuisibles qui peuvent se développer à travers les années, et ainsi favoriser le mieux-être communicatif et la qualité de vie à long terme des personnes qui bégaiement (Iverach et al., 2017; Iverach et Rapee, 2014; Smith et al., 2014). Que ce soit la thérapie cognitivocomportementale (p. ex. Menzies et al., 2009), la pleine conscience (p. ex. Boyle, 2011) ou la thérapie

d'acceptation et d'engagement (p. ex. Beilby et Byrnes, 2012), les orthophonistes ont accès à de plus en plus de formations pour leur permettre d'intégrer différentes approches à leur intervention sur les aspects tertiaires liés aux émotions et aux attitudes face au bégaiement. En ce sens, les activités d'éducation psychologique du camp de l'AJBQ demeurent essentielles et sont à maintenir lors des éditions futures, voire à diversifier pour mieux répondre aux besoins spécifiques des jeunes. Il serait aussi pertinent de considérer l'ajout de professionnelles et professionnels du domaine psychosocial (p. ex. psychologue, travailleuse ou travailleur social, etc.) à l'équipe du camp afin de profiter de la complémentarité des expertises pour intervenir sur les nombreuses facettes de la vie d'une personne qui bégaiement.

Limites de l'étude et pistes de recherche

Malgré qu'une partie de l'intervention à la thérapie intensive de fluidité de l'AJBQ porte sur l'éducation psychologique inspirée de la thérapie cognitivocomportementale, la principale limite de l'étude relève du fait qu'aucune donnée relative aux aspects psychosociaux n'a été mesurée de façon systématique. Une des principales barrières à la documentation des attitudes et émotions demeure, encore à ce jour, l'absence d'outils traduits, validés et normés en français. Pour des études futures, il serait pertinent de documenter systématiquement ces aspects, en utilisant, par exemple, l'outil *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering - version pour adolescents* (Yaruss et Quesal, 2006) qui a récemment été traduit et adapté culturellement en français (Leclercq et al., 2019) et qui est disponible depuis 2022 (Stuttering Therapy Resources, 2022). D'autres outils pour évaluer l'anxiété comme l'échelle *Subjective Units of Distress Scale*, suggérée dans le PC, ou l'échelle de peur du jugement négatif d'autrui validée chez les 14 à 19 ans (Monfette et al., 2006; Watson et Friend, 1969) seraient également à considérer.

Une autre limite réside dans le fait que cette étude ne démontre que les effets immédiats de la thérapie intensive de fluidité. En effet, comme il n'y avait pas de mesures prises par l'AJBQ lors des rencontres post-camp (rencontres à un, trois et six mois post thérapie), il n'est pas possible de brosser le portrait du bégaiement des adolescentes et adolescents dans leurs contextes de vie quotidienne et l'utilisation de la TF à plus long terme. Ainsi, il serait souhaitable que cet aspect puisse être étudié à l'aide d'un devis prospectif longitudinal, ce qui permettrait de contribuer aux efforts de recherches plus rigoureuses et systématiques pour la clientèle adolescente (Brignell et al., 2020; Hofslundengen et al., 2022). Ceci permettrait aussi d'éviter les données manquantes propres à un devis rétrospectif comme celui de notre étude et d'inclure

des mesures autorapportées de SEV de même que des questionnaires psychométriques, notamment pour mesurer la motivation. De telles études futures devraient également envisager des mesures visant à atténuer le biais potentiel résultant du fait que les mesures aient été prises par des orthophonistes du camp.

Conclusion

La thérapie intensive de groupe de l'AJBQ, sous la forme de camp de vacances de six jours, montre une diminution significative de la fréquence et de la sévérité du bégaiement. Une future étude comparant les résultats de ce camp avec une thérapie individuelle serait intéressante pour mieux évaluer les bénéfices de la thérapie intensive de groupe et la situer dans le contexte plus étendu des interventions existantes. Enfin, des recherches futures sont nécessaires pour évaluer les effets de ce camp sur les aspects tertiaires du bégaiement comme la présence d'émotions et d'attitudes négatives, voire l'incidence sur la qualité de vie des adolescentes et adolescents qui y participent.

Références

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Association des jeunes bégues du Québec. (s. d.). *Mission*. <https://www.ajbq.qc.ca/fr/mission>
- Association des jeunes bégues du Québec. (2016, 28 août). *AJBQ 2016* [vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=yRxHYDYLFns>
- Baxter, S., Johnson, M., Blank, L., Cantrell, A., Brumfitt, S., Enderby, P. et Goyder, E. (2015). The state of the art in non-pharmacological interventions for developmental stuttering. Part 1: A systematic review of effectiveness. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 50(5), 676-718. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12171>
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Gilford Press.
- Beilby, J. (2014). Psychosocial impact of living with a stuttering disorder: Knowing is not enough. *Seminars in Speech and Language*, 35(2), 132-143. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1371756>
- Beilby, J. M. et Byrnes, M. L. (2012). Acceptance and commitment therapy for people who stutter. *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders*, 22(1), 34-46. <https://doi.org/10.1044/ffd22.1.34>
- Beilby, J. M., Byrnes, M. L. et Yaruss, J. S. (2012). The impact of a stuttering disorder on Western Australian children and adolescents. *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders*, 22(2), 51-62. <https://doi.org/10.1044/ffd22.2.51>
- Blood, G. W. et Blood, I. M. (2004). Bullying in adolescents who stutter: Communicative competence and self-esteem. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 31, 69-79. https://doi.org/10.1044/cicsd_31_S_69
- Blood, G. W. et Blood, I. M. (2007). Preliminary study of self-reported experience of physical aggression and bullying of boys who stutter: Relation to increased anxiety. *Perceptual and Motor Skills*, 104(3_suppl), 1060-1066. <https://doi.org/10.2466/pms.104.4.1060-1066>
- Blood, G. W. et Blood, I. M. (2016). Long-term consequences of childhood bullying in adults who stutter: Social anxiety, fear of negative evaluation, self-esteem, and satisfaction with life. *Journal of Fluency Disorders*, 50, 72-84. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2016.10.002>
- Blood, G. W., Blood, I. M., Tellis, G. et Gabel, R. (2001). Communication apprehension and self-perceived communication competence in adolescents who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 26(3), 161-178. [https://doi.org/10.1016/S0094-730X\(01\)00097-3](https://doi.org/10.1016/S0094-730X(01)00097-3)
- Blood, G. W., Blood, I. M., Tramontana, G. M., Sylvia, A. J., Boyle, M. P. et Motzko, G. R. (2011). Self-reported experience of bullying of students who stutter: Relations with life satisfaction, life orientation, and self-esteem. *Perceptual and Motor Skills*, 113(2), 353-364. <https://doi.org/10.2466/07.10.15.17.PMS.113.5.353-364>
- Bothe, A. K., Davidow, J. H., Bramlett, R. E., Franic, D. M. et Ingham, R. J. (2006). Stuttering treatment research 1970-2005: II. Systematic review incorporating trial quality assessment of pharmacological approaches. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 15(4), 342-352. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2006\)032](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2006)032)
- Boyle, M. P. (2011). Mindfulness training in stuttering therapy: A tutorial for speech-language pathologists. *Journal of Fluency Disorders*, 36(2), 122-129. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.04.005>
- Brignell, A., Krahe, M., Downes, M., Kefalianos, E., Reilly, S. et Morgan, A. T. (2020). A systematic review of interventions for adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 64, Article 105766. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2020.105766>
- Cannard, C. (2019). *Le développement de l'adolescent : l'adolescent à la recherche de son identité*. De Boeck Supérieur.
- Carey, B., O'Brian, S., Lowe, R. et Onslow, M. (2014). Webcam delivery of the Camperdown program for adolescents who stutter: A Phase II trial. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 45(4), 314-324. https://doi.org/10.1044/2014_LSHSS-13-0067
- Carey, B., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A. et Menzies, R. (2012). Webcam delivery of the Camperdown program for adolescents who stutter: A Phase I trial. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 43(3), 370-380. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2011\)11-0010](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2011)11-0010)
- Cheasman, C. et Everard, R. (2013). Embrace your demons and follow your heart: An acceptance and commitment therapy approach to work with people who stammer. Dans C. Cheasman, R. Everard et S. Simpson (dir.), *Stammering therapy from the inside: New perspectives of working with young people and adults* (p. 267-302). J & R Press.
- Cloutier, R., Drapeau, S., Denault, A-S et Cellard, C. (2021). *Psychologie de l'adolescence* (5^e éd.). Chenelière Éducation.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^e éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Connery, A., McCurtin, A. et Robinson, K. (2020). The lived experience of stuttering: A synthesis of qualitative studies with implications for rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 42(16), 2232-2242. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1555623>
- Craig, A., Hancock, K., Chang, E., McCready, C., Shepley, A., McCaul, A., Costello, D., Harding, S., Kehren, R., Masel, C. et Reilly, K. (1996). A controlled clinical trial for stuttering in persons aged 9 to 14 years. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 39(4), 808-826. <https://doi.org/10.1044/jshr.3904.808>
- Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., Craig, M. et Peters, K. (2002). Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45(6), 1097-1105. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2002\)088](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2002)088)
- Crone, E. A. (2009). Executive functions in adolescence: inferences from brain and behavior. *Developmental Science*, 12(6), 825-830. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2009.00918.x>
- Crone, E. A. et Dahl, R. E. (2012). Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nature Reviews Neuroscience*, 13, 636-650. <https://doi.org/10.1038/nrn3313>
- Erickson, S. et Block, S. (2013). The social and communication impact of stuttering on adolescents and their families. *Journal of Fluency Disorders*, 38(4), 311-324. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.09.003>
- Forest, M. (2014, 9-11 octobre). *L'efficacité du traitement du bégaiement à l'adolescence : l'expérience de la thérapie intensive de groupe* [communication orale]. 26^e Congrès scientifique international de la fédération nationale des orthophonistes, Nantes, France.
- Fry, J. P., Botterill, W. M. et Pring, T. R. (2009). The effect of an intensive group therapy program for young adults who stutter: A single subject study. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(1), 12-19. <https://doi.org/10.1080/17549500802600990>
- Fry, J., Millard, S. et Botterill, W. (2014). Effectiveness of intensive, group therapy for teenagers who stutter. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 49(1), 113-126. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12051>

- Gabel, R. M., Hughes, S. et Daniels, D. (2008). Effects of stuttering severity and therapy involvement on role entrapment of people who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 41(2), 146-158. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2007.08.001>
- Guitar, B. (2019). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* (5^e éd.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Gunn, A., Menzies, R. G., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., Lowe, R., Iverach, L., Heard, R. et Block, S. (2014). Axis I anxiety and mental health disorders among stuttering adolescents. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 58-68. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.09.002>
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Hart, A. K., Breen, L. J. et Beilby, J. M. (2021). Evaluation of an integrated fluency and acceptance and commitment therapy intervention for adolescents and adults who stutter: Participant perspectives. *Journal of Fluency Disorders*, 69, Article 105852. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2021.105852>
- Hearne, A., Packman, A., Onslow, M. et O'Brian, S. (2008). Developing treatment for adolescents who stutter: A phase 1 trial of the Camperdown program. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 39(4), 487-497. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2008/07-0038\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2008/07-0038))
- Hearne, A., Packman, A., Onslow, M. et Quine, S. (2008). Stuttering and its treatment in adolescence: The perceptions of people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 33(2), 81-98. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2008.01.001>
- Herring, C., Millager, R. A. et Yaruss, J. S. (2022). Outcomes following participation in a support-based summer camp for children who stutter. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 53(1), 17-29. https://doi.org/10.1044/2021_LSHSS-21-00034
- Hofslundsengen, H., Kirmess, M., Guttormsen, L. S., Naess, K.-A. B. et Kefalianos, E. (2022). Systematic review of implementation quality of non-pharmacological stuttering intervention trials for children and adolescents. *Journal of Fluency Disorders*, 71, Article 105884. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2021.105884>
- Iverach, L., Jones, M., Lowe, R., O'Brian, S., Menzies, R. G., Packman, A. et Onslow, M. (2018). Comparison of adults who stutter with and without social anxiety disorder. *Journal of Fluency Disorders*, 56, 55-68. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2018.03.001>
- Iverach, L., Lowe, R., Jones, M., O'Brian, S., Menzies, R. G., Packman, A. et Onslow, M. (2017). A speech and psychological profile of treatment-seeking adolescents who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 51, 24-38. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2016.11.001>
- Iverach, L. et Rapee, R. M. (2014). Social anxiety disorder and stuttering: Current status and future directions. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 69-82. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.08.003>
- Johnson, M., Baxter, S., Blank, L., Cantrell, A., Brumfitt, S., Enderby, P., et Goyder, E. (2016). The state of the art in non-pharmacological interventions for developmental stuttering. Part 2: Qualitative evidence synthesis of views and experiences. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 51(1), 3-17. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12182>
- Jones, M., Onslow, M., Packman, A. et GebSKI, V. (2006). Guidelines for statistical analysis of percentage of syllables stuttered data. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 49(4), 867-878. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2006\)062](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2006)062)
- Keilmann, A., Neumann, K., Zöller, D. et Freude, C. (2018). Clinical trial of the D.E.L.P.H.I.N. speech treatment for children and adolescents who stutter. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 43(4), 155-168. <https://doi.org/10.1080/14015439.2018.1498917>
- Kilford, E. J., Garrett, E. et Blakemore, S. J. (2016). The development of social cognition in adolescence: An integrated perspective. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 70, 106-120. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.08.016>
- Laiho, A. et Klippi, A. (2007). Long- and short-term results of children's and adolescents' therapy courses for stuttering. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 42(3), 367-382. <https://doi.org/10.1080/13682820600939028>
- Leclercq, A.-L., Gantier, P. et Moise-Richard, A. (2019, 20 mai). *Au-delà des mots : évaluer la qualité de vie chez les enfants qui bégaient* [communication orale]. La qualité de vie au cœur des soins de première ligne : évaluations, applications et perspectives, Liège, Belgique. <https://hdl.handle.net/2268/235741>
- Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A. et O'Brian, S. (2009). Cognitive behavior therapy for adults who stutter: A tutorial for speech-language pathologists. *Journal of Fluency Disorders*, 34(3), 187-200. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.09.002>
- Monfette, M.-E., Grimard, F., Ivers, H., Blais, M.-C., Lavoie, V. et Boisvert, J.-M. (2006). Validation chez les adolescents d'une version francophone d'un instrument de mesure de la peur du jugement négatif d'autrui. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 38(3), 261-268. <https://doi.org/10.1037/cjbs2006013>
- Nippold, M. A. et Packman, A. (2012). Managing stuttering beyond the preschool years. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 43(3), 338-343. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2012\)12-0035](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2012)12-0035)
- Nye, C., Vanryckeghem, M., Schwartz, J. B., Herder, C., Turner, H. M., III et Howard, C. (2013). Behavioral stuttering interventions for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 56(3), 921-932. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2012\)12-0036](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2012)12-0036)
- O'Brian, S., Carey, B., Lowe, R., Onslow, M., Packman, A. et Cream, A. (2016). *The Camperdown program stuttering treatment guide*. Australian Stuttering Research Centre. http://www.mystutteringspecialist.com/uploads/4/6/0/6/46061081/camperdown_program_treatment_guide_25_august_2016.pdf
- O'Brian, S., Carey, B., Lowe, R., Onslow, M., Packman, A. et Cream, A. (2018). *The Camperdown program stuttering treatment guide*. Australian Stuttering Research Centre. <https://www.uts.edu.au/sites/default/files/2018-10/Camperdown%20Program%20Treatment%20Guide%20June%202018.pdf>
- O'Brian, S., Onslow, M., Cream, A. et Packman, A. (2003). The Camperdown program: Outcomes of a new prolonged-speech treatment model. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46(4), 933-946. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2003\)073](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2003)073)
- O'Brian, S., Packman, A. et Onslow, M. (2004). Self-rating of stuttering severity as a clinical tool. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 13(3), 219-226. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2004\)023](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2004)023)
- Onslow, M. (2003). Verbal response-contingent stimulation. Dans M. Onslow, A., Packman et E. Harrison (dir.), *The Lidcombe program of early stuttering intervention. A clinician's guide* (p.71-79). Pro-Ed.
- Onslow, M., Webber, M., Harrison, E., Arnott, S., Bridgman, K., Carey, B., Sheedy, S., O'Brian, S., MacMillan, V., Lloyd, W. et Hearne, A. (2021). *Lidcombe program treatment guide March 2021* (Version 1.3). Lidcombe Program Trainers Consortium. <https://www.uts.edu.au/sites/default/files/2022-05/Lidcombe%20Program%20Treatment%20Guide%202021%20v1.3%202022-05-18.pdf>
- Pertjits, M. A. J., Oonk, L. C., Beer, de J. J. A., Bunschoten, E. M., Bast, E. J. E. G., Ormond, van J., Rosenbrand, C. J. G. M., Bezemer, M., Wijngaarden, van L. J., Kaiter, E. J. et Veenendaal, van H. (2014). *Clinical guideline stuttering in children, adolescents and adults*. Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie. Woerden. https://www.isastutter.org/wp-content/uploads/2016/08/Clinical_Guideline_Stuttering.pdf
- Rodgers, N. H., Gerlach, H., Paiva, A. L., Robbins, M. L. et Zebrowski, P. M. (2021). Applying the transtheoretical model to stuttering management among adolescents: Part II. Exploratory scale validation. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(6), 2510-2527. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-21-00108
- Rosenthal, R. (1994). Parametric measures of effect size. Dans H. Cooper et L. V. Hedges (dir.), *The handbook of research synthesis* (p. 231-244). Russell Sage Foundation.
- Sebastian, C., Burnett, S. et Blakemore, S.-J. (2008). Development of the self-concept during adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(11), 441-446. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.07.008>
- Smith, K. A., Iverach, L., O'Brian, S., Kefalianos, E. et Reilly, S. (2014). Anxiety of children and adolescents who stutter: A review. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 22-34. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2014.01.003>
- Somerville, L. H. (2013). The teenage brain: Sensitivity to social evaluation. *Current Directions in Psychological Science*, 22(2), 121-127. <https://doi.org/10.1177/0963721413476512>
- Stuttering Therapy Resources. (2022). *Overall assessment of the speaker's experience of stuttering - Français*. <https://stutteringtherapyresources.com/products/oases-french-francais-non-usa-print-your-own?variant=43022417592558>

- Tichenor, S. E. et Yaruss, J. S. (2021). Variability of stuttering: Behavior and impact. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(1), 75-88. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00112
- Yairi, E. et Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38(2), 66-87. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.11.002>
- Yairi, E. et Seery, C. H. (2023). *Stuttering: Foundations and clinical applications* (3^e éd.). Plural Publishing.
- Yaruss, J. S. et Quesal, R. W. (2004). Stuttering and the international classification of functioning, disability and health (ICF): An update. *Journal of Communication Disorders*, 37(1), 35-52. [https://doi.org/10.1016/S0021-9924\(03\)00052-2](https://doi.org/10.1016/S0021-9924(03)00052-2)
- Yaruss, J. S. et Quesal, R. W. (2006). Overall assessment of the speaker's experience of stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*, 31(2), 90-115. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2006.02.002>
- Watson, D. et Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(4), 448-457. <https://doi.org/10.1037/h0027806>

Note des auteures et des auteurs

Les demandes au sujet de cet article doivent être adressées à Marie-Ève Caty, Département d'orthophonie, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351 boulevard des Forges, C.P. 500, Trois-Rivières, QC, Canada, G9A 5H7.
Courriel : marie-eve.caty@uqtr.ca

Remerciements

Nous remercions les jeunes qui ont donné leur permission pour utiliser leurs données à des fins de recherche. Merci aussi à Mmes Annie Longpré et Chantale Baillargeon pour leur aide à la dénominalisation et à la numérisation des dossiers.

Déclaration

Marie-Ève Caty, Judith Labonté et Marie-Laurence Dubé ont reçu des honoraires de l'Association des jeunes bègues du Québec pour leur travail d'orthophoniste lors de la thérapie intensive de groupe à différents moments entre 2011 et 2019. Marie-Ève Caty et Judith Labonté ont siégé sur le conseil d'administration de l'Association des jeunes bègues du Québec respectivement de 2013 à 2020 et de 2017 à 2020. Les auteures et auteurs déclarent n'avoir aucun autre conflit d'intérêts, financiers ou autres.