

Le jeu théâtral comme inducteur de changement dans les habiletés sociales
The use of theatre as promoter of change in social skills
El juego teatral como indicador del cambio en las habilidades sociales
Atividade teatral como indutor de mudança nas habilidades sociais

France Fleury, Micheline H. Marazzani and Jean-François Saucier

Volume 28, Number 2, Fall 2003

Benzodiazépines : santé mentale et santé sociale

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/008627ar>
DOI: <https://doi.org/10.7202/008627ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Fleury, F., Marazzani, M. H. & Saucier, J.-F. (2003). Le jeu théâtral comme inducteur de changement dans les habiletés sociales. *Santé mentale au Québec*, 28(2), 251–272. <https://doi.org/10.7202/008627ar>

Article abstract

This article presents a case study on the use of acting with six people suffering from severe and long-lasting psychotic state. The study aims at elaborating the hypothesis on the use of this activity in readaptation. The effect of expression therapy on the development of social skills has rarely been substantiated by empirical studies. The literature review points out a poor generalization of social skills following social skills training ; it also allows a description of the acting and its therapeutic potential. A qualitative methodology is applied to an investigation conducted in a psychiatric day center and uses the description of behavior before and after the program. The results indicate resemblances between the therapeutically acquired social skills and the social behavior from everyday life. The use of acting in therapy would contribute at the generalization of social skills.



Le jeu théâtral comme inducteur de changement dans les habiletés sociales

France Fleury*

Micheline H. Marazzani**

Jean-François Saucier***

Cet article présente une étude de cas sur l'emploi du jeu théâtral avec six personnes ayant des symptômes psychotiques graves et persistants. L'étude vise à élaborer une hypothèse sur l'intérêt du médium théâtral pour la réadaptation. Les effets de la thérapie d'expression sur le développement des habiletés sociales sont rarement documentés par des études empiriques. La recension des écrits souligne la faiblesse de la généralisation des habiletés sociales lors de l'entraînement aux habiletés sociales. Elle fait ensuite le portrait de l'activité théâtrale et de son potentiel thérapeutique. La méthodologie d'approche qualitative se concrétise par une investigation en centre de jour psychiatrique avec description du comportement avant et après le programme. Les résultats indiquent des similitudes entre les acquis observés en clinique et le comportement social au quotidien. La thérapie médiatisée par le jeu théâtral contribuerait à la généralisation des habiletés sociales.

Rares sont les études empiriques qui se sont penchées sur la valeur de l'occupation pour la réadaptation psychosociale (Rebeiro, 1998) et encore moins sur les changements provoqués dans les habiletés sociales suite à l'emploi d'un médium thérapeutique. Les publications se concentrent presque exclusivement sur l'entraînement de ces habiletés avec une approche cognitivo-comportementale. Bien que ce traitement

* Erg, M. Sc., étudiant au doctorat en Médecine expérimentale, Université Laval.

** M. Sc., E (c), professeure agrégée au Programme d'ergothérapie, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal.

*** MD, Ph.D., professeur titulaire au Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal.

Remerciements

Nous tenons à remercier les participants ainsi que leurs proches pour avoir si cordialement contribué à ce projet qui s'inscrivait dans le cadre des études de maîtrise. En nous permettant de rendre compte de leurs expériences personnelles, ils contribuent à l'élaboration de connaissances potentiellement utiles à plusieurs. Nous exprimons de même notre gratitude au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières pour en avoir permis et facilité l'exécution. Enfin, un merci particulier aux intervenants qui ont gracieusement, voire chaleureusement, contribué à cette recherche.

permet des améliorations significatives chez les clients, certaines études reconnaissent des faiblesses quant à la généralisation des acquis dans l'environnement naturel.

Cette étude décrit les changements dans les habiletés sociales des participants pendant une thérapie d'expression employant le jeu théâtral, apprécie ces changements dans la vie quotidienne selon l'avis de proches puis compare les changements entre le contexte thérapeutique et le contexte naturel. Cette comparaison a pour but d'apprécier la généralisation des habiletés sociales d'un contexte à l'autre. La recension des écrits fait un bref survol des connaissances acquises sur les habiletés sociales et sur l'activité significative. Une analyse de l'activité théâtrale et de son potentiel thérapeutique complète la revue de littérature. La stratégie de recherche préconise une approche favorable à qualifier le changement tout en évitant les influences du laboratoire sur la performance sociale.

Habiletés sociales et réadaptation

La réadaptation psychosociale telle que décrite par l'Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE, 1993) s'adresse à des personnes présentant des troubles psychiatriques graves. Le processus thérapeutique se fonde sur des concepts généraux tels que l'utilisation thérapeutique d'activités significatives comme outil de transformation. La clientèle visée comprend majoritairement des personnes ayant un diagnostic de schizophrénie (Centre de jour Niverville, 1992) dont le tableau clinique montre une désorganisation du comportement affectif et social associés à des déficits cognitifs (American Psychiatric Association, 1996 ; Lalonde et Borgeat, 1988).

L'accomplissement de buts affectifs et fonctionnels, la gestion des rôles et l'entretien de relations interpersonnelles requièrent des compétences sociales (Bonder, 1995 ; Hayes et al., 1991 ; Liberman, 1991). La qualité des interactions avec les proches représente un facteur important pour le maintien d'un état fonctionnel chez le client schizophrène (Bonder, 1995 ; Halford et Hayes, 1991). La performance dans l'exécution des habiletés sociales varie selon l'état du sujet à un moment donné et dépend du contexte de l'interaction. Cela met en doute la possibilité de voir une image réelle des compétences du sujet dans une situation artificielle en laboratoire (Donahoe et Driesenga, 1988).

La réadaptation des habiletés sociales recourt presque exclusivement à l'entraînement cognitivo-comportemental dont les résultats montrent une nette amélioration des compétences des participants. Plusieurs auteurs évoquent la difficulté pour ces derniers d'employer les acquis

développés en clinique dans leur environnement naturel (Halford et Hayes, 1991 ; Hayes et al., 1991 ; Hayes et Halford, 1993 ; Liberman, 1991 ; Liberman et al., 1989 ; Tremblay, 1992). La généralisation des habiletés sociales correspond à la capacité du sujet de répondre adéquatement à des situations nouvelles. Il montre alors que son intégration des habiletés sociales dépasse la capacité de répéter des réponses apprises en thérapie. La généralisation constitue le critère par excellence de la validité du traitement (Liberman, 1991 ; Liberman et al., 1989).

Analyse de l'activité théâtrale : composantes et potentiel thérapeutique

L'engagement dans une activité porteuse de sens pour la personne apparaît d'autant plus bénéfique pour sa santé qu'elle répond réellement et symboliquement à ses besoins (Fidler et Fidler, 1978). L'action favorise le développement et l'adaptation du moi dont les conséquences s'observent dans les capacités d'exécution de l'individu (Fidler et Fidler, 1978). Plus spécifiquement, l'activité artistique offre de rencontrer la réalité, d'y déposer une marque tangible et incite à la communication (Vandal et Leahey, 1995), à l'opposé de la création psychotique qui ne permet pas le rétablissement de la continuité de la vie (Attigui, 1993 ; Henking, 1990). Barris et al. (1988) considèrent à l'instar de Gray (1997) et de Leary (1994) que le médium artistique doit être intégré à la pratique psychosociale car il offre un moyen efficace d'apprentissage.

Au théâtre, l'acteur joue un personnage, il représente quelqu'un d'autre. Il emploie ses propres ressources pour soutenir l'interprétation du personnage en fonction de la structure du cadre théâtral. Cette dynamique se déroule en contexte de groupe et le produit final est présenté devant public.

La construction du personnage consiste en un processus continu où l'individu prête vie à un personnage en s'inspirant de ce qui est actif ou latent en lui (Michaud, 1984). Il sait qu'il joue un texte mais à travers ses répliques il exprime les tensions et questions qui le tourmentent tout en vivant réellement les émotions du personnage (Attigui, 1993 ; Pavis, 1987 ; Thoret et Attigui, 1994 ; Villiers, 1946). Le jeu scénique représente une forme hautement développée de jeu sérieux (Nuetzel, 1995). De ce fait, il possède une valeur thérapeutique intrinsèque qui favorise la santé et les relations interpersonnelles (Attigui, 1993 ; Thoret et Attigui, 1994). La situation ludique au théâtre autorise la dépose de la part psychotique, la distanciation avec les conflits vifs, le partage avec d'autres du goût de l'activité, le recouvrement de la confiance en soi, la

consolidation de l'identité et l'acceptation du vécu corporel (Attigui, 1993 ; Thoret et Attigui, 1994). Le cadre est constitué par le metteur en scène, par le texte en tant que repère fixe structuré, par l'espace, le temps et les objets tels les accessoires de jeu (Attigui, 1993 ; Thoret, 1993). L'ensemble des conventions théâtrales qui introduisent dans le jeu une dimension symbolique complète les éléments propres à l'encadrement de l'expérience théâtrale (Attigui, 1993). Le cadre définit une aire transitionnelle, l'espace scénique, propice au jeu (Attigui, 1993a ; Richard, 1993 ; Thoret et Attigui, 1994 ; Winnicott, 1975).

Toutes les dimensions de la personnalité sont investies dans l'activité dramatique. L'acteur vit sur le plan affectif des sentiments associés à l'interprétation du personnage comme à l'expérience d'être sur scène (Pavis, 1987 ; Stanislavski, 1979 ; Villiers, 1946). Sur le plan social, l'acteur entretient des relations multiples avec les autres acteurs, son personnage, avec les autres personnages (Johnson, 1982), enfin avec le metteur en scène et le public (Stanislavski, 1979). Son rôle contient des caractéristiques de figures ou de comportements sociaux (Pavis, 1987).

Le procédé thérapeutique théâtral décrit par Attigui (1993) suggère de considérer les participants psychotiques comme de véritables comédiens. Ainsi, les émotions sont exprimées dans le cadre du rôle choisi, à partir d'un texte d'auteur, tout en utilisant du matériel biographique pour construire le personnage. Ce cadre doit être clairement défini et préserver sa fiabilité tout au long de la thérapie. Afin de demeurer dans l'aire ludique, la relation entre le personnage et la vie du comédien n'est explorée qu'à la fin de la thérapie. Les actes produits par le thérapeute dans l'aire transitionnelle prennent valeur d'interprétation. Le thérapeute préconise une interprétation qui permette la rencontre de son propre inconscient avec celui du client, rendue possible lorsqu'il met en jeu son propre corps comme le suggère Winnicott (1975) pour les œuvres graphiques. Le rôle du meneur de jeu consiste à incorporer tout indice venant du participant dans l'action dramatique, à identifier le jeu avec la vie du participant et à stimuler son contact avec le public (Attigui, 1993).

Peu d'études formelles rapportent les effets d'une thérapie employant le jeu théâtral avec une clientèle en psychiatrie, sinon celles de Attigui (1993), de Helly (1994), de Nitsun et al. (1974) ainsi que de Rodriguez et Troll, (1990). Les déroulements de l'intervention diffèrent d'une expérience à l'autre. Elles recourent toutefois toutes à plusieurs cliniciens. La référence au produit final tient lieu de critère de réussite dont l'esthétisme de l'oeuvre. Les auteurs concluent tous que ce type de thérapie permet des changements à court terme. Ils l'apprécient différemment en focalisant leur attention sur le plan physique, comporte-

mental, social, cognitif ou en fonction de la reconnaissance accordée par la communauté à leur production. Les méthodologies, vaguement décrites et se référant à de petits échantillons, emploient des données quantitatives ou prennent la forme d'un récit d'expérience de succès. Elles ne permettent alors pas d'estimer la validité des conclusions.

L'activité théâtrale s'avère profitable en soi pour la stimulation et la transformation de l'acteur, sur les bases d'une expérience de métamorphose dans un contexte ludique défini et protégé par une structure fiable. Sa dimension ludique favoriserait le développement des habiletés sociales. En regard du manque de recherches systématiques, la présente étude cherche à décrire les changements dans les habiletés sociales des participants, avec le souci de formuler l'hypothèse que les habiletés développées dans le milieu clinique s'observent aussi dans le milieu social pour des situations non travaillées explicitement en thérapie.

Méthodologie

Cette recherche préconise une approche synthétique vu la complexité du phénomène et les rares informations formelles le concernant. Le chercheur s'y implique en tant que thérapeute. Son action dans ce rôle ne diffère en rien de la conduite des thérapies qu'il a dirigées précédemment. Le mode d'investigation prend la forme d'une étude de cas, dont le devis comporte de multiples cas avec niveaux d'analyse imbriqués (Contandriopoulos et al., 1990 ; Lessard-Hébert et al., 1990). Chaque participant représente un cas dont les habiletés sociales s'apprécient sous l'angle d'un de ses proches et de deux observateurs professionnels.

Les participants

Une thérapie d'expression par le jeu théâtral est proposée à des clients inscrits en Centre de jour psychiatrique. Ce programme a déjà été offert cinq fois par l'ergothérapeute dans le cadre de ses fonctions cliniques. Les critères d'exclusion pour ce traitement comprennent les diagnostics de psychose délirante chronique, de schizophrénie à son stade initial et de trouble démentiel comme le suggère Attigui (1993).

L'échantillonnage de type non probabiliste se fait par technique accidentelle pour la constitution du groupe (Contandriopoulos et al., 1990). En fait, les divers intervenants du Centre réfèrent des clients pour cette thérapie selon les besoins de ces derniers et l'intérêt qu'ils portent au médium. Le groupe alors formé compte six participants dont cinq présentent un diagnostic de schizophrénie et un de maladie bipolaire (type 1) selon les diagnostics des psychiatres soignants. Ils prennent

connaissance des tenants et aboutissants de cette recherche et confirment par écrit leur volonté d'y participer. À la fin de la collecte des données, un échantillonnage par choix raisonné de trois des six participants permet de miser sur les cas critiques pour l'analyse des données (Contandriopoulos et al., 1990; Lessard-Hébert et al., 1990). Les caractéristiques démographiques, le diagnostic, le suivi professionnel, la connaissance de la thérapie proposée, la possibilité d'interviewer un proche, enfin la qualité et la quantité du matériel à analyser guident la sélection. Un échantillonnage de trois individus est apparu suffisant dans les limites de l'étude et valable en regard de la diversité de leurs particularités.

Le tableau 1 présente les caractéristiques des trois participants telles que précisées dans leur dossier clinique. Le genre ne figure pas dans ce tableau afin de préserver la confidentialité et parce qu'il ne s'est pas avéré utile dans les analyses effectuées¹. Le suivi thérapeutique réfère aux rencontres médicales et aux thérapies des professionnels de la santé. Les deux premiers participants rencontrent respectivement leur psychiatre deux et une fois par année. Ils voient au besoin un intervenant du Centre. Le troisième participant se présentait au début du programme tous les mois chez son médecin. Après le programme, il voit son psychiatre aux deux mois. Les événements particuliers concernent des événements exceptionnels et potentiellement douloureux. L'hospitalisation de P1 s'est imposée suite à l'exacerbation d'humeurs dépressives, un mois après la représentation.

Application thérapeutique de l'activité théâtrale

Le cours de l'activité préserve un déroulement comparable à la conduite d'une production en théâtre amateur. Seul le retour offre une différence observable. Son application s'inspire des descriptions de Attigui (1993). Ce groupe est structuré d'après une compréhension psychodynamique avec une préoccupation fonctionnelle conceptualisée par le Modèle canadien du rendement occupationnel (ACE, 1997).

Le texte choisi est une comédie québécoise, *La Déprime* de Bouchard et al. (1991) dont les droits d'auteurs sont accordés pour l'adaptation de 45 minutes faite par le clinicien. L'histoire se déroule dans un terminus d'autobus, lieu propice à la rencontre de quatorze personnages. Chaque participant choisi interprète deux personnages. Le déroulement général du programme comprend une période de répétition puis la représentation devant public. Une évaluation clinique initiale et finale encadrent le programme. Cette évaluation comprend une observation des habiletés de jeu théâtral de même que la rédaction de leurs objectifs personnels en regard de l'activité en soi et de leur fonction-

Tableau 1
Description des participants à l'étude

DESCRIPTIFS	PARTICIPANTS		
	<i>P1</i>	<i>P2</i>	<i>P3</i>
Âge	23 ans	36 ans	59 ans
Diagnostics (du plus récent au plus ancien)	Schizophrénie paranoïde	Schizophrénie résiduelle Schizophrénie paranoïde	Dépression psychotique État d'anxiété général Dysthymie Schizophrénie résiduelle
Expériences théâtrales	Participation à 4 productions au Centre	Participation à 5 productions au Centre	Participation à 4 productions au Centre
Changements dans le suivi thérapeutique	Accompagnement stable	Accompagnement stable	Réduction de la moitié des entrevues avec 2 de ses 3 cliniciens
Changements dans la médication	Oui	Non	Non
Événements particuliers survenus lors du programme	Hospitalisé peu après le programme	Maladie grave de la mère pendant le programme	Naissance de la première petite fille et décès d'un frère pendant le programme

nement dans la vie quotidienne. Les séances se chiffrent à 29 à raison d'une par semaine sur une période de sept mois. Une séance type se compose d'exercices d'échauffement, d'un atelier de jeu, d'une période de mise en scène et se clôt par un retour sur l'expérience vécue.

Collecte et analyse des données

La collecte s'effectue à l'aide de trois instruments. Un enregistrement audiovisuel de deux séances permet de qualifier les changements selon le point de vue de deux professionnels. Pour cerner la perception des proches, une entrevue semi-structurée est réalisée et la Mesure canadienne du rendement occupationnel (Law et al., 1991) leur est administrée au début et à la fin du programme. L'analyse des données s'effectue d'après le modèle cyclique de Miles et Huberman (1984). Elle se décompose en différentes étapes de codification qui cernent et regroupent les unités significatives par catégories en vue d'en ressortir des sommaires qui sont ensuite comparés entre eux (Lessard-Hébert et al., 1990 ; Miles et Huberman, 1984 ; Tesch, 1990).

Les observations audiovisuelles

Deux enregistrements audiovisuels inclusifs au contexte avec angle étendu (Lessard-Hébert et al., 1990) documentent les changements des participants en contexte de thérapie, produits au début du programme et quelques jours avant la représentation. Le choix des séquences pour l'analyse se fait de façon aléatoire, puis selon la présence réelle du participant afin de comptabiliser une heure de visionnement par personne pour chaque enregistrement de deux heures. Les observations sont regroupées selon que l'individu est en situation de jeu ou non. Cette distinction permet de mieux cerner l'effet de l'espace scénique, un facteur potentiellement confondant de la performance sociale. L'individu est considéré en jeu lorsqu'il exécute un exercice ou qu'il interprète son personnage. Il est *hors jeu* en dehors de l'espace scénique ou lorsqu'il reçoit des consignes de jeu.

La version traduite non validée du *Social Interaction Test* (SIT) de Trower et al. (1978) sert de guide d'observation. Bien qu'il qualifie le comportement sur une échelle ordonnée de plus à moins fonctionnel, cet outil sert exclusivement à faciliter le difficile exercice de décrire les comportements sociaux. La transcription d'observations en vue d'une analyse comparative présente en effet une difficulté majeure à cause de la complexité du matériel et des facettes multiples du comportement (Ekman et Scherer, 1985). L'évaluation se compose de deux parties : les *Éléments spécifiques* et les *Impressions générales*. Les *Éléments spécifiques* apprécient à l'aide de quinze items les caractéristiques verbales (par exemple, la clarté du discours), le comportement non verbal (par exemple, la gestuelle) et la conversation (par exemple, *prendre le plancher* qui évalue la justesse de la place prise au sein du groupe). Les *Impressions générales* sont qualifiées par un différenciateur sémantique à sept échelons. Elles décrivent les impressions ressenties par les observateurs selon douze concepts dont *heureux versus triste*, *actif versus passif* et *socialement habile versus socialement peu habile*. Pour chacune des parties, la notation est effectuée par une ergothérapeute enseignante, extérieure au contexte investigué, et le clinicien-chercheur. Ils cotent séparément leurs observations puis déterminent après discussion le qualificatif qui décrit le mieux le comportement observé. Le produit final donne un sommaire des changements pour chaque individu entre le premier et le second enregistrement.

Entrevue semi-structurée d'un proche

L'entrevue vise à recueillir l'impression d'un proche quant aux comportements sociaux du participant dans la vie de tous les jours.

Avoir recours à un proche pour qualifier la compétence sociale réfère à la mesure sociale et permet d'éviter l'effet du laboratoire sur la performance (Donahoe et Driesenga, 1988).

Les entrevues semi-structurées sont réalisées auprès d'un proche choisi par chaque participant. L'entretien de rapports quotidiens constitue le seul critère qu'ils doivent considérer. Ainsi, P1 propose un de ses parents, P2 un ami intime et P3 son époux. Le clinicien-chercheur dirige la rencontre. Le guide d'entrevue comprend divers items sur la perception de l'état du participant et sur la qualité de leur relation. Les entrevues sont enregistrées puis retranscrites.

Après une immersion dans les données, il ressort que les unités de texte décrivent les relations sociales du participant en général ou sa relation particulière avec le proche interviewé. Le clinicien-chercheur réalise une première codification que les co-auteurs de cette étude révisent. La réduction des données se fait par synthèses successives (Miles et Huberman, 1984; Tesch, 1990): une première synthèse par personne et par catégorie pour chaque moment de la collecte; une seconde pour apprécier les changements entre les deux moments de la collecte toujours pour chaque personne et chaque catégorie; enfin une troisième met en évidence le sommaire qualifiant le changement pour chaque participant puis en lecture transversale pour chaque catégorie. Cette lecture vérifie les similitudes entre les résultats d'un individu à l'autre.

Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) administrée à un proche

Cet outil standardisé (Law et al., 1991) a été créé pour une utilisation clinique en ergothérapie. Bien que peu d'études portent sur les qualités métrologiques de la MCRO et que son utilisation s'avère plus reconnue en clinique qu'en recherche, sa constitution offre l'originalité d'identifier la perception de l'interviewé quant à son rendement occupationnel pour des activités qu'il juge importantes dans sa vie quotidienne. Elle prend la forme d'une entrevue semi-structurée où le client précise des activités ou tâches dont l'exécution s'avère problématique dans les domaines du rendement occupationnel: les soins personnels, les activités productives et les loisirs. L'interviewé octroie à ces problèmes une cote d'importance sur une échelle de 10. Il se questionne ensuite sur sa capacité à exécuter ces activités, quantifiant son rendement sur 10. Enfin, il exprime sa satisfaction envers le rendement qu'il perçoit. À titre d'exemple, *Se faire des amis*, *Entretenir les rapports avec les parents* et *Négocier en cas de conflit* sont rapportés lors des

entrevues. L'outil sert ici de support au proche pour cibler les activités du quotidien qu'il perçoit les plus problématiques pour le participant. Seuls l'importance des problèmes et le rendement perçu sont quantifiés pour estimer la tendance des changements entre les deux entrevues.

L'analyse ne conserve que les problèmes qui comportent des implications sociales majeures, soit les activités productives (dont certaines tâches domestiques) et les loisirs. L'analyse se concentre sur les changements pour chaque individu, puis en lecture transversale pour chaque domaine du rendement.

Résultats

La présentation des résultats brosse d'abord le portrait des changements en situation de thérapie puis celui des changements perçus dans le contexte de la vie quotidienne. Une appréciation des correspondances entre les deux portraits complète ce chapitre.

En situation de thérapie

La figure 1 présente les changements les plus significatifs entre le premier enregistrement audiovisuel et le second en regard des parties du SIT et des participants.

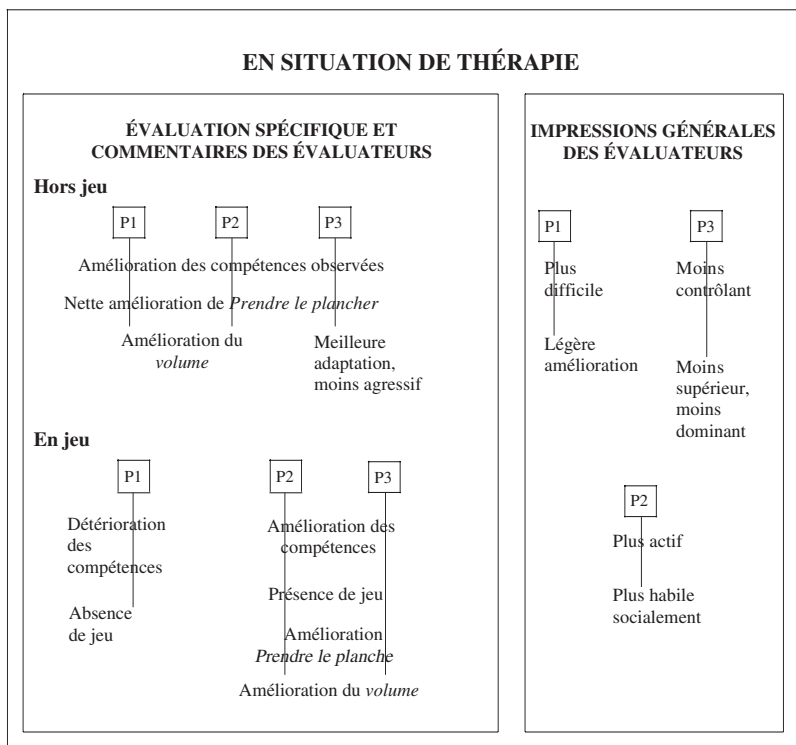
Il ressort que P1 présente de meilleures habiletés sociales lorsqu'il n'est pas en situation de jeu. Les observateurs relèvent des indices comme un manque de respect des consignes de mise en scène et des règles propres à l'activité qui laissent entendre une absence de jeu. L'amélioration dans les *Impressions générales* apparaît minime, reliée à l'impression des évaluateurs qu'il semble plus heureux et à la fois plus difficile comme client.

La qualité du comportement social de P2 s'accroît pour l'ensemble des éléments observés. Son attitude dans un contexte comme dans l'autre donne l'impression qu'il éprouve du plaisir. Les *Impressions générales* témoignent d'un comportement plus actif et plus habile socialement.

L'attitude de P3 laisse transparaître qu'il demeure maître de lui-même et concentré sur la tâche. Les commentaires soulignent une amélioration de sa capacité d'adaptation avec réduction des attitudes agressives dirigées vers l'autre. Le fait saillant des impressions se retrouve dans le concept *non contrôlant versus contrôlant*. Ce changement vient appuyer celui du concept *inférieur/soumis versus supérieur/dominant* qui révèle une attitude générale moins empreinte de comportements indicateurs de contrôle.

La lecture transversale des résultats individuels met en évidence la tendance d'une amélioration des habiletés sociales des trois participants lorsqu'ils sont hors du jeu. En jeu, P1 montre plutôt une diminution de ses compétences quant au contraire P2 et P3 présentent une amélioration pour tous les comportements observés. Les évaluateurs éprouvent l'impression que les attitudes des participants s'avèrent plus favorables à des échanges sociaux fonctionnels. Cet écart apparaît plus marqué pour P2 et P3. Un concept ressort plus particulièrement des données : tous les trois donnent l'impression d'être plus *heureux* à la seconde observation.

Figure 1
Changements dans les comportements observés
tirés de la situation de thérapie, présentés
selon les deux parties du *Social Interaction Test*



Dans le contexte de la vie quotidienne

La figure 2 présente le sommaire des résultats concernant les habiletés sociales des participants perçues par leurs proches et les différences dans leurs relations entre le début et la fin du programme.

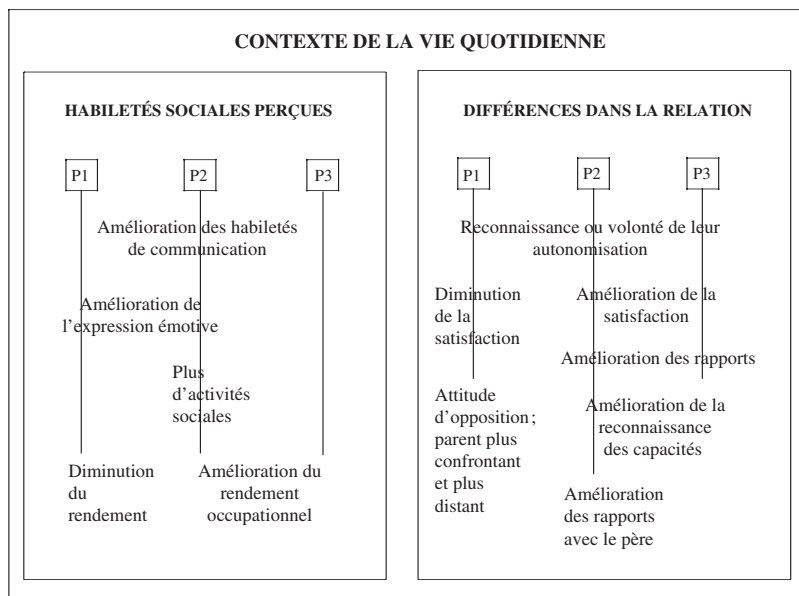
La personne proche de P1 perçoit chez celui-ci une baisse du rendement occupationnel, notamment en ce qui concerne sa *capacité de se faire des amis* et d'avoir une occupation principale. Son discours exprime un plus grand désarroi vis-à-vis leur relation : *On l'a plein la figure* {rire}. La relation est perçue plus difficile et plus confrontante : *Ce n'est pas des rapports intéressants*. Il existe toutefois une nouvelle définition des positions relatives entre le parent et l'enfant : la *petite fille* de l'entrevue initiale laisse place aux expressions de *jeune adolescente* et de *faire une femme de toi* à l'entrevue finale.

La perception de l'interviewé concernant le rendement occupationnel de P2 dénote une amélioration en ce qui a trait aux activités sociales. Il lui reconnaît de meilleures habiletés relationnelles, observables dans les relations en général comme dans leur relation personnelle : *Il est plus ouvert à moi. Tu sais, il se confie plus*. Il perçoit en fin de compte un meilleur fonctionnement du couple. Il rapporte de plus une nette amélioration dans les rapports qu'il entretient avec ses parents.

L'époux du troisième participant évoque une amélioration de son rendement. Il observe chez celui-ci une plus grande autonomie par rapport à ses activités à lui : *Ça va bien là ; asteure si moi je veux aller à une place là, il ne veut pas venir bien ok ne viens pas [...], moi je vais y aller*. Leur relation semble s'être améliorée, être plus satisfaisante pour la personne proche qui lui reconnaît plus d'habiletés sociales.

L'analyse des verbatims en lecture transversale soulève des changements différents d'un individu à l'autre quant aux habiletés sociales dans les relations en général. La perception d'une meilleure capacité d'échange ressort néanmoins avec évidence. Les proches de P2 et de P3 éprouvent plus de satisfaction dans leur relation, à la différence du proche de P1 pour qui cette satisfaction et la reconnaissance de meilleures habiletés s'avèrent moindres. Le thème de l'autonomie vis-à-vis la relation ressort dans les propos des interviewés. Le parent de P1 apprécierait qu'il accroisse son indépendance sociale envers lui, tandis que les proches des autres participants perçoivent une plus grande autonomie.

Figure 2
Changements perçus par les proches dans les habiletés sociales et dans leur relation avec les participants



Correspondances entre les deux contextes

Afin de constater les correspondances des changements entre la situation thérapeutique et le contexte de la vie quotidienne, les figures 1 et 2 sont mises en parallèle pour constituer une méta-matrice descriptive (Lessard-Hébert et al., 1990; Miles et Huberman, 1984). La figure 3 détaille les convergences entre les deux contextes d'observation. Les lignes qui traversent la zone mitoyenne de la figure représentent les changements comparables d'un milieu à l'autre.

Chaque participant présente des changements apparentés d'un contexte à l'autre. P1 a développé de meilleures habiletés de communication. Il prend mieux sa place au sein du groupe de thérapie. Les observateurs le perçoivent plus difficile en tant que client tandis que le proche identifie une attitude croissante d'opposition. La conséquence pour ce dernier se traduit en une diminution de la satisfaction dans la relation face à un comportement plus revendicateur. Chez le second participant, les observations provenant des deux milieux lui reconnaissent de meilleures habiletés sociales. Le comportement plus actif décelé en thérapie s'observe aussi dans la vie quotidienne par une plus grande

implication dans les activités sociales, ce que son proche reconnaît comme une cause de l'amélioration de leurs rapports ainsi que des rapports avec ses parents. Enfin, P3 démontre lui aussi de meilleures habiletés de communication dans les deux milieux. Bien qu'il prenne mieux sa place en thérapie, son attitude s'avère moins contrôlante vis-à-vis le groupe. La personne proche éprouve une plus grande satisfaction concernant leur relation, notamment parce qu'il l'accapare moins en étant plus autonome dans ses activités personnelles.

Discussion

L'appréciation des changements permet d'entrevoir une généralisation des habiletés développées en clinique dans la vie quotidienne au sens où des comportements non spécifiquement travaillés en thérapie s'observent dans le contexte naturel. Les résultats tendent aussi à confirmer la valeur de cette thérapie à court terme à l'instar des écrits consultés. Il s'avère pourtant pertinent de se questionner sur les raisons qui rendent l'expérience du premier participant différente de celle des deux autres de même que sur les limites de ces résultats. L'expérience du premier participant diffère quant à la forme que prend son affirmation et à sa capacité de jouer.

Les attitudes des personnes envers leurs proches dénotent une plus grande affirmation de leur individualité. Pour P1, l'affirmation prend la forme d'une opposition tant dans le milieu clinique qu'auprès de son parent. Il affiche alors un comportement plus difficile en thérapie, enfreint les règles du cadre de l'activité et se montre exigeant avec son proche qui ressent moins de satisfaction dans la relation. Pourtant, le discours de ce parent lui reconnaît un comportement plus mature et une plus grande capacité à *retomber sur ses deux pieds*. Les autres participants quant à eux démontrent une meilleure capacité de s'affirmer sur scène, prennent leur place au sein du groupe et s'impliquent dans un mode plus personnel avec les proches rencontrés. Ces derniers apprécient ces attitudes et en éprouvent plus de satisfaction. Le second participant et son ami partagent plus d'activités communes, tandis que la qualité des rapports avec P3 est évaluée par le proche en termes d'accroissement de l'autonomie et de diminution de son attitude contrôlante, voire belliqueuse. Ainsi, bien que l'attitude de P1 soit encline à l'opposition, il demeure que son comportement présente des indices de croissance. D'autre part, l'évolution de son état peut être mise en corrélation avec le risque inhérent à l'action souligné par Fidler et Fidler (1978), où l'individu peut être confronté à son incompétence vis-à-vis le contrôle qu'il a sur soi et sur l'environnement. Il a été durement éprouvé par une

l'activité paraît avoir été favorable au développement du moi, il a pu contribuer à l'éveil d'un sentiment dépréciatif de sa valeur personnelle, favoriser le besoin subséquent d'hospitalisation et contribuer à l'impression du parent qu'il est moins apte à assumer une occupation principale. Ces différentes observations, associées au fait que la maladie s'est déclenchée à l'adolescence, permettent le rapprochement avec le rétablissement de la continuité de vie qu'évoquent Attigui (1993) et Henking (1990). Ces auteurs formulent l'hypothèse que l'investissement de la personne dans une activité artistique favorise la reprise du cours de la vie. Chacun des trois clients a d'ailleurs réinvesti une activité significative suite au programme. Le participant 1 a demandé de reprendre les études, le second a débuté une formation en informatique et le troisième a commencé à offrir des récitals de chant l'été suivant.

Concernant le jeu scénique, la réaction de P1 contre le contrôle extérieur peut avoir eu comme conséquence la difficulté de se soumettre aux règles du jeu. En regard de la maturation perçue, il est probable qu'il remette en question les références aux images parentales dont les consignes d'encadrement. Au contraire, P2 et P3 peuvent se permettre le jeu sérieux, le jeu tributaire du respect des règles, pour lequel les pulsions sublimées risquent moins d'être déversées sur les proches. À la lumière des propos de Fidler et Fidler (1978) pour qui l'action contribue au développement et à l'adaptation du moi dont la finalité consiste en l'amélioration des capacités d'exécution, ainsi que de ceux de Nuetzel (1995) qui reconnaît que le jeu théâtral offre un effet bénéfique comparable à la valeur du jeu dans la croissance de l'enfant, il apparaît que de développer une habileté interpersonnelle en jouant et libérer par le fait même des pulsions handicapantes faciliteraient l'emploi de cette habileté dans d'autres contextes. Ainsi, la création permettrait à la personne présentant un diagnostic psychotique de se constituer une conception personnelle du rapport à l'autre, avec ses motivations et modes d'échanges, qui va au-delà d'une compréhension intellectualisée du monde relationnel.

L'application du médium présentée aux clients contient des lacunes selon les impressions *a posteriori* du chercheur. Le programme s'est avéré trop long dû au choix d'un texte volumineux malgré une adaptation considérable. Il convient pourtant aux participants ayant de meilleurs mécanismes d'adaptation. Les expériences passées laissent envisager qu'une production de 30 à 40 minutes, soit une vingtaine de rencontres, présente un bon rapport entre les efforts consentis et les effets thérapeutiques. Jouer deux personnages apparaît aussi un élément à éviter pour mieux circonscrire le travail thérapeutique. La présence

d'un seul clinicien cumulant la charge de l'évolution du traitement et celle de l'évolution de l'activité tend à réduire l'efficacité de la thérapie, un choix alors imposé par la réalité de la charge de travail au Centre. Le recours à un metteur en scène de métier paraît une avenue intéressante à explorer. Le thérapeute assurerait alors le retour et transmettrait ses indications cliniques pour orienter le cours de la mise en scène à partir d'objectifs explicites.

La conduite de la recherche démontre des limites pour la crédibilité de ses résultats, amenuisant alors sa transférabilité à d'autres situations comparables. Les résultats ne peuvent être appréciés qu'à la lumière de la formulation d'une hypothèse vu la petitesse de l'échantillonnage et les lacunes méthodologiques.

Considérant que les trois participants connaissent la thérapie médiatisée par le jeu théâtral, les changements risquent d'être moins apparents pour des clients à leur première expérience. La double tâche de chercheur et clinicien présente l'avantage de réduire l'effet du laboratoire, se rapprochant au plus près de la conduite habituelle d'une thérapie. Il aurait été préférable que l'évaluateur soit un tiers pour optimiser l'objectivité de la démarche même si deux experts extérieurs au contexte thérapeutique veillaient à réduire les a priori du chercheur clinicien. Le recours à un proche éveille de même des interrogations quant à la fidélité des propos enregistrés. Les chercheurs ont privilégié cette subjectivité afin de refléter au mieux l'élément contextuel. Il demeure que le phénomène étudié, entre le besoin de saisir la performance sociale réelle et de cerner les effets complexes d'une thérapie employant un médium artistique, représente un exercice exigeant.

Conclusion

Le souci premier de cette étude sur le potentiel thérapeutique du théâtre dans la réadaptation des habiletés sociales concerne sa capacité à être reproduite dans des conditions comparables en ayant une idée des résultats possibles. Bien que les limites méthodologiques ne permettent pas de conclure que les changements observés sont le fruit de l'expérience théâtrale, il demeure que les observations rapportées tendent à confirmer l'hypothèse. Ainsi, l'investissement d'une thérapie employant le jeu théâtral favoriserait le transfert des habiletés développées en thérapie dans la vie quotidienne, voire la généralisation de celles-ci à diverses situations.

Deux autres publications viendront détailler la perception des acteurs eux-mêmes sur les changements survenus dans leur rendement occupationnel et sur les éléments du jeu théâtral qu'ils jugent bénéfiques

pour leur santé. Une étude subséquente pourrait évaluer avec un grand nombre de clients s'il existe des différences significatives sur l'acquisition et la généralisation des habiletés sociales entre ceux qui participent à un programme d'entraînement des habiletés sociales d'approche cognitivo-comportementale, ceux qui participent à une intervention médiatisée par l'activité théâtrale et ceux qui participent aux deux thérapies. Les mécanismes propres au théâtre mériteraient de même une exploration formelle avec une approche qualitative pour combler le fossé entre les suppositions théoriques de son potentiel thérapeutique et les changements réels auxquels il contribue.

Cette étude de cas tend à démontrer la nécessité de préserver dans nos programmes de réadaptation psychosociale les activités qui permettent le jeu et l'acte créateur. Considérer la personne dans son ensemble suppose de considérer ce qui est profondément significatif pour elle, entre l'occupation utilitaire et la création, entre la motivation et le jeu. La combinaison d'un programme cognitivo-comportemental de développement des habiletés sociales avec une intervention médiatisée par l'activité pour une clientèle psychotique, l'un reconnu pour le développement efficace d'apprentissages précis et l'autre pressenti pour la restructuration de mécanismes profonds grâce au jeu, apparaît favorable pour optimiser la généralisation des acquis dans l'ensemble des situations sociales.

Note

1. Le masculin décrit les deux genres et ce pour les participants comme pour les proches interviewés.

RÉFÉRENCES

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1996, *DSM-IV: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Masson, Paris.
- ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES ET SANTÉ CANADA, 1993, *Lignes directrices pour une pratique en santé mentale de l'ergothérapie centrée sur le client*, Association canadienne des ergothérapeutes et Santé Canada et Approvisionnement et services Canada, Ottawa.
- ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES, 1997, *Promouvoir l'occupation: une perspective de l'ergothérapie*, CAOT/L'ACE Publications, Ottawa.
- ATTIGUI, P., 1993, *De l'illusion théâtrale à l'espace thérapeutique: jeu, transfert et psychose*, éd. Denoël, coll. L'espace analytique, Paris.

- BARRIS, R., KIELHOFNER, G., WATTS, J. H., 1988, *Occupational Therapy in Psychosocial Practice*, Slack, Thorofare, NJ.
- BONDER, B. R., 1995, *Psychopathology and Function*, 2^e éd., Slack, Thorofare, NJ.
- BOUCHARD, D., GIRARD, R., LEGAULT, R., VINCENT, J., 1991, *La déprime*, VLB Éditeur, Montréal.
- CENTRE DE JOUR NIVERVILLE, 1992, *Étude sur la clientèle fréquentant le Centre*, Document inédit, Centre hospitalier régional de Trois-Rivières.
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P., CHAMPAGNE, F., POTVIN, L., DENIS, J.-L., BOYLE, P., 1990, *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer*, Presses de l'Université de Montréal.
- DONAHOE, C. P., DRIESENKA, S. A., 1988, A review of social skills training with chronic mental patients, *Progress in Behavior Modification*, 23, 131-164.
- EKMANN, P., SCHERER, K. R., 1985, *Handbook of Methods in Nonverbal Behavior Research*, Cambridge University Press, coll. Studies in emotion and social interaction, New-York.
- FIDLER, G. S., FIDLER, J. W., 1978, Doing and becoming : purposeful action and self-actualization, *The American Journal of Occupational Therapy*, 32, 305-310.
- GRAY, K. W., 1997, Expressive therapy alternatives : an open letter to my colleagues, *Continuum*, 4, 113-118.
- HALFORD, W. K., HAYES, R., 1991, Psychological rehabilitation of chronic schizophrenic patients : recent findings on social skills training and family psychoeducation, *Clinical Psychology Review*, 11, 23-44.
- HAYES, R. L., HALFORD, W. K., 1993, Generalization of occupational therapy effects in psychiatric rehabilitation, *The American Journal of Occupational Therapy*, 47, 161-167.
- HAYES, R. L., HALFORD, W. K., VARGHESE, F. N., 1991, Generalization of the effects of activity therapy and social skills training on the social behavior of low functioning schizophrenic patients, *Occupational Therapy in Mental Health*, 11, 3-20.
- HELLY, P., 1994, Une troupe de théâtre à l'hôpital, *Soins psychiatrie*, 162, 34-36.
- HENKING, R., 1990, Les sept vérités de Jacob ou « l'ordre psychotique des choses », *Revue médicale de la Suisse romande*, 110, 21-26.
- JOHNSON, D., 1982, Principles and techniques of dramatherapy, *The Arts in Psychotherapy*, 9, 83-90.

- LALONDE, P., BORGEAT, F., 1988, Schizophrénie, in Lalonde, P., Grunberg, F., eds., *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale*, Gaëtan Morin, Montréal, 340-374.
- LAW, M., BAPTISTE, S., CARSWELL-OPZOOMER, A., MCCOLL, M.A., POLATAJKO, H., POLLOCK, N., 1991, *La Mesure canadienne du rendement occupatonnel*, CAOT publications ACE, Toronto.
- LEARY, S., 1994, *Activities for Personal Growth : A Comprehensive Handbook of Activities for Therapists*, MacLennan et Petly Pty, Artarmon, Australie.
- LESSARD-HÉBERT, M., GOYETTE, G., BOUTIN, G., 1990, *Recherche qualitative : fondements et pratiques*, Éditions agence d'Arc, Montréal.
- LIBERMAN, R. P., 1991, *Réhabilitation psychiatrique des malades mentaux chroniques*, Masson, Paris.
- LIBERMAN, R. P., DERISI, W. J., MUESER, K. T., 1989, *Social Skills Training for Psychiatric Patients*, Allyn and Bacon, coll. Psychology practitioner guidebooks, Needham Heights, MA.
- MICHAUD, G., 1984, De psychanalyse et de théâtre : trois histoires de cas, *Jeu*, 33, 81-104.
- MILES, M. B., HUBERMAN, A. M., 1984, *Qualitative Data Analysis : A Sourcebook of New Methods*, Sage Publications, Beverly Hills, CA.
- NITSUN, M., STAPLETON, J. H., BENDER, M. P., 1974, Movement and dramatherapy with long-stay schizophrenics, *British Journal of Medical Psychology*, 47, 101-119.
- NUETZEL, E. J., 1995, Unconscious phenomena in the process of theater : preliminary hypotheses, *Psychoanalytic Quarterly*, LXIV, 345-352.
- PAVIS, P., 1987, *Dictionnaire du théâtre*, Messidor, Éditions sociales, Paris.
- REBEIRO, K. L., 1998, Occupation-as-means to mental health : a review of the literature, and a call for research, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65, 12-19.
- RICHARD, H., 1993, Remarques psychanalytiques sur le jeu du comédien, *Jeu*, 68, 110-118.
- RODRIGUEZ, J., TROLL, G., 1990, Expérimentation en art-thérapie, *Soins psychiatrie*, 118, 29-34.
- STANISLAVSKI, C., 1979, *La formation de l'acteur*, Petite Bibliothèque Payot, Paris.
- TESCH, R., 1990, *Qualitative Research : Analysis Types and Software Tools*, Falmer Press, London, GB.

- THORET, Y., 1993, *La théâtralité : étude freudienne*, Dunod, coll. Psychismes, Paris.
- THORET, Y., ATTIGUI, P., 1994, La médiation artistique par le théâtre, *Soins psychiatrie*, 162, 29-33.
- TREMBLAY, L. F., 1992, *Évaluation de la compétence sociale de personnes souffrant de troubles mentaux graves : études de validation sociale*, Centre de recherche Institut Philippe-Pinel, Montréal.
- TROWER, P., BRYANT, B., ARGYLE, M., 1978, *Social Skills and Mental Health*, Methuen, London, GB.
- VANDAL, G., LEAHEY, D., 1995, Vers une conception thérapeutique de la relation médiatisée par l'activité artistique, *Revue québécoise d'ergothérapie*, 4, 138-144.
- VILLIERS, A., 1946, *La psychologie du comédien*, éd. O. Lieutier, Paris.
- WINNICOTT, D. W., 1975, *Jeu et réalité*, Gallimard, N.R.F., Paris.

ABSTRACT

The use of theatre as promoter of change in social skills

This article presents a case study on the use of acting with six people suffering from severe and long-lasting psychotic state. The study aims at elaborating the hypothesis on the use of this activity in readaptation. The effect of expression therapy on the development of social skills has rarely been substantiated by empirical studies. The literature review points out a poor generalization of social skills following social skills training; it also allows a description of the acting and its therapeutic potential. A qualitative methodology is applied to an investigation conducted in a psychiatric day center and uses the description of behavior before and after the program. The results indicate resemblances between the therapeutically acquired social skills and the social behavior from everyday life. The use of acting in therapy would contribute at the generalization of social skills.

RESUMEN

El juego teatral como indicador del cambio en las habilidades sociales

Este artículo presenta un estudio de caso acerca del empleo del juego teatral con seis personas con síntomas psicóticos graves y persistentes. El estudio busca elaborar una hipótesis sobre el interés del medio

teatral para la readaptación. Los estudios empíricos rara vez documentan los efectos de la terapia de expresión en el desarrollo de las habilidades sociales. El recuento de los escritos subraya la debilidad de la generalización de las habilidades sociales en el momento de la práctica de las habilidades sociales. Enseguida describe la actividad teatral y su potencial terapéutico. La metodología del enfoque cualitativo se concreta por medio de una investigación en un centro de día psiquiátrico con la descripción del comportamiento antes y después del programa. Los resultados indican las similitudes entre los logros observados en clínica y el comportamiento social cotidiano. La terapia mediante el juego teatral contribuirá a la generalización de las habilidades sociales.

RESUMO

Atividade teatral como indutor de mudança nas habilidades sociais

Este artigo apresenta um estudo de caso sobre o emprego da atividade teatral em seis pessoas que apresentam sintomas psicóticos graves e persistentes. O estudo visa elaborar uma hipótese sobre o interesse na mediação da atividade teatral para a readaptação. Os efeitos da terapia de expressão sobre o desenvolvimento das habilidades sociais são raramente documentados por estudos empíricos. O levantamento de textos escritos sobre este assunto ressalta a fraqueza da generalização das habilidades sociais durante o treinamento para obtenção de habilidades sociais. Ele traça, em seguida, o retrato da atividade teatral e de seu potencial terapêutico. A metodologia de abordagem qualitativa concretiza-se por uma investigação em centros psiquiátricos diurnos com a descrição do comportamento antes e depois do programa. Os resultados indicam semelhanças entre as habilidades adquiridas observadas em clínica e o comportamento social no dia a dia. A terapia midiaticizada pela atividade teatral contribuiria para a generalização das habilidades sociais.