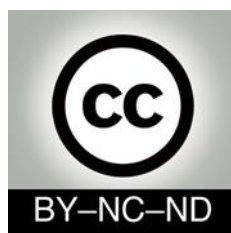




<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



**N° de mémoire 2326**

Mémoire d'Orthophonie

présenté pour l'obtention du

**Certificat de capacité d'orthophoniste**

Par

**BRUNATO Mathilde**

**Les apports de l'improvisation théâtrale dans les prises en soin de  
groupe d'adolescents qui bégaiant : Etude de cas multiples**

Mémoire dirigé par

**HAINSELIN Mathieu  
VALAT Marion**

Mémoire évalué par

**RUSSO Michèle  
DESSPORTES Emilie**

Année académique

**2022-2023**

**INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION**  
**DEPARTEMENT ORTHOPHONIE**

Directeur ISTR  
**Pr. Jacques LUAUTÉ**

**Équipe de direction du département d'orthophonie**

Directeur de formation  
**Solveig CHAPUIS**

Coordinateur de cycle 1  
**Claire GENTIL**

Coordinateur de cycle 2  
**Ségolène CHOPARD**

Responsables de l'enseignement clinique  
**Johanne BOUQUAND**  
**Ségolène CHOPARD**  
**Alice MICHEL-JOMBART**

Responsables des travaux de recherche  
**Mélanie CANAULT**  
**Floriane DELPHIN-COMBE**  
**Claire GENTIL**  
**Nicolas PETIT**

Responsable de la formation continue  
**Johanne BOUQUAND**

Responsable du pôle scolarité  
**Rachel BOUTARD**

Secrétariat de scolarité  
**Audran ARRAMBOURG**  
**Sigolène-Victoria CHEVALIER**  
**Danièle FEDERICI**

# UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président  
**Pr. FLEURY Frédéric**

Vice-président CFVU  
**Mme BROCHIER Céline**

Vice-président CA  
**Pr. REVEL Didier**

Vice-président CR  
**M. HONNERAT Jérôme**  
Délégué de la Commission Recherche Secteur  
Santé

Directeur Général des Services  
**M. ROLLAND Pierre**

## **1 Secteur Santé**

U.F.R. de Médecine Lyon Est Doyen  
**Pr. RODE Gilles**

Institut des Sciences Pharmaceutiques et  
Biologiques  
**Pr. DUSSART Claude**

U.F.R. de Médecine et de maïeutique  
Lyon-Sud Charles Mérieux Doyenne  
**Pr. PAPAREL Philippe**

Institut des Sciences et Techniques de la  
Réadaptation (I.S.T.R.)  
**Pr LUAUTÉ Jacques**

U.F.R. d'Odontologie  
**Pr. MAURIN Jean-Christophe**

## **2 Secteur Sciences et Technologie**

U.F.R. Faculté des Sciences  
Directeur **M. ANDRIOLETTI Bruno**

Institut des Sciences Financières et  
d'Assurance (I.S.F.A.)  
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

U.F.R. Biosciences  
Directrice **Mme GIESELER Kathrin**

Observatoire Astronomique de Lyon  
Directeur **M. GUIDERDONI Bruno**

U.F.R. de Sciences et Techniques des  
Activités Physiques et Sportives  
(S.T.A.P.S.)  
Directeur **M. BODET Guillaume**

POLYTECH LYON  
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut National Supérieure du  
Professorat et de l'Éducation (INSPé)  
Directeur **M. CHAREYRON Pierre**

Institut Universitaire de Technologie de  
Lyon 1 (I.U.T. LYON 1)  
Directeur **M. MASSENZIO Michel**

## Abstract

L'improvisation théâtrale est une discipline en plein essor dans de nombreux domaines. Elle est désormais utilisée en éducation et comme moyen thérapeutique dans les psychothérapies. Ses bénéfices ont également été étudiés dans le domaine de la neuropsychologie. Toutefois peu de recherches existent sur son utilisation en orthophonie. Les apports de l'utilisation de l'improvisation théâtrale démontrés par de précédentes recherches sur certains aspects de la qualité de vie (anxiété, dépression, confiance en soi) et de la communication (capacités de communication globale, contact visuel, tours de parole, écoute, répartie) semblent rejoindre les besoins en termes de prise en soin des personnes qui bégaiement, et notamment des adolescent·e·s.

Ce mémoire a pour objectif d'étudier les bénéfices de l'utilisation de l'improvisation théâtrale dans les prises en soin de groupe d'adolescent·e·s qui bégaiement. Une amélioration de la communication et de la qualité de vie est attendue. Quatre adolescent·e·s qui bégaiement et qui participent à un groupe d'improvisation théâtrale ont été suivis pendant neuf séances réparties sur cinq mois. Des questionnaires ont été proposés avant et après l'intervention en groupe d'improvisation théâtrale animés par une orthophoniste formée à l'improvisation. Les résultats obtenus varient d'une personne à l'autre mais suggèrent des améliorations à la fois sur la communication et la qualité de vie. En effet, trois patient·e·s montrent une amélioration de leur communication ainsi qu'une amélioration de leur qualité de vie avec une diminution de l'anxiété sociale, des symptômes de dépression, une amélioration de la confiance en soi et de la spontanéité. Ces améliorations ne semblent pas corrélées au niveau d'appréciation de l'improvisation par les participant·e·s. La dépression sévère semble être un critère d'exclusion de ce type de prise en soin qui en devient inefficace, en effet la·le quatrième participant·e montre plutôt une évolution négative.

Mots clés : orthophonie, bégaiement, improvisation théâtrale, adolescence, prise en soin de groupe, étude de cas.

## **Abstract**

Theatrical improvisation is a discipline that is growing rapidly in many fields. It is now used in education and as a therapeutic means in psychotherapy. Its benefits have also been studied in the field of neuropsychology. However, there is little research on its use in speech therapy. The benefits of the use of theatrical improvisation demonstrated by previous research on certain aspects of quality of life (anxiety, depression, self-confidence) and communication (global communication skills, eye contact, turns of speech, listening, repartee) seem to be in line with the needs in terms of care for people who stutter, and in particular for adolescents.

The aim of this thesis is to study the benefits of using theatrical improvisation in the group care of adolescents who stutter. An improvement in communication and quality of life is expected. Four teenagers who stutter and who participate in a theatrical improvisation group were followed for nine sessions over five months. Questionnaires were administered before and after the intervention in a theatre improvisation group led by a speech therapist trained in improvisation. The results obtained varied from one person to another but suggested improvements in both communication and quality of life. Indeed, three patients showed an improvement in their communication as well as an improvement in their quality of life with a decrease in social anxiety, depressive symptoms, an improvement in self-confidence and spontaneity. These improvements do not seem to be correlated with the participants' level of appreciation of improvisation. Severe depression seems to be an exclusion criterion for this type of care, which becomes ineffective, as the fourth participant shows a negative evolution.

**Keywords:** Speech therapy, stuttering, theatrical improvisation, improvisational theatre, adolescence, group care, case study.

Je remercie...

En premier lieu les participants et participantes au groupe d'impro ainsi que leurs parents, sans vous ce mémoire n'existerait pas.

Mes directeurs de mémoire, Marion et Mathieu, qui m'accompagnent depuis deux ans, vos conseils, votre disponibilité, votre bienveillance et vos relectures m'ont été précieux.

Mes maîtres de stage, tout au long de ces années, vous m'avez montré les multiples facettes de ce métier et les différentes façons d'être orthophoniste selon sa personnalité. Grâce à vous j'ai pris confiance en moi sur le plan professionnel. Merci en particulier à Caroline, tu es la première avec qui j'ai eu l'impression d'être une vraie collègue, Céline, par ta joie de vivre tu m'as montré qu'on pouvait motiver un·e patient·e même à 7h30, l'équipe du CAMSP, vous m'avez accueillie comme l'une des vôtres, Valentine pour ta douceur et Marion bien sûr, tu es si naturelle et inspirante !

Mes parents et mon frère pour votre soutien indéfectible pour ces études mais surtout dans la vie en général, et merci maman pour ta relecture.

Olivier, pour ton optimisme au quotidien et pour tes nombreuses relectures. Tu es mon pilier.

Gabrielle et Mathildé, depuis le début de l'aventure, vos encouragements, nos sessions BU et surtout, notre amitié si précieuse.

Enfin, merci à mes amies de promo, mes Bobos, mes étoiles et mes biches, Aliette, Camille, Clémentine, Eugénie, Jeanne, Lauranne, Léa, Manon, Meige, Mélanie, Ophélie, Pauline, Tiffany grâce à vous ces cinq années étaient plus douces.

## Sommaire

I	Partie théorique.....	1
1	Introduction.....	1
2	Bégaiement .....	1
1.1	Définition.....	1
1.2	Epidémiologie .....	2
1.3	Manifestations cliniques : symptômes primaires et secondaires .....	3
1.2.1	Les symptômes primaires.....	3
1.2.2	Les symptômes secondaires ou comportements réactionnels .....	3
1.2.3	La communication paraverbale : d'autres paramètres affectés .....	4
1.4	Attitudes de communication.....	5
1.5	Répercussions sur la vie quotidienne et réactions .....	5
1.6	Adolescence et bégaiement.....	7
1.7	Prise en soin orthophonique .....	8
3	L'improvisation théâtrale .....	8
2.1	Qu'est-ce que l'improvisation ?.....	8
2.2	Apports de l'improvisation théâtrale .....	9
2.3	Improvisation et bégaiement.....	11
4	Conclusion.....	11
II	Méthode.....	12
1	Population.....	12
2	Matériel.....	12
2.1	Attitudes de communication et anxiété sociale.....	12
2.2	Test de dépistage de la dépression .....	13
2.3	Questionnaire spécifique aux impacts du bégaiement sur la qualité de vie et la communication .....	14
2.4	Questionnaire de satisfaction sur l'improvisation théâtrale.....	14
2.5	Le déroulé des séances d'improvisation .....	14
3	Procédure.....	15
4	Démarches administratives et éthiques .....	15



III	Résultats .....	15
1	Echantillon .....	16
2	Patient-e 1 : P1 .....	16
2.1	Attitudes de communication et anxiété sociale.....	16
2.2	Test de dépistage de la dépression .....	18
2.3	Protocole supplémentaire .....	18
2.3.1	Questionnaire spécifique aux impacts du bégaiement sur la qualité de vie et la communication (OASES) .....	18
2.3.2	Echelle d'anxiété sociale (LSAS-CA) .....	19
2.4	Questionnaire de satisfaction sur les séances .....	19
3	Patient-e 2 .....	19
3.1	Attitudes de communication et anxiété sociale.....	19
3.2	Test de dépistage de la dépression .....	20
3.3	Questionnaire de satisfaction sur les séances .....	20
4	Patient-e 3 .....	20
4.1	Attitudes de communication et anxiété sociale.....	20
4.2	Test de dépistage de la dépression .....	21
4.3	Questionnaire de satisfaction sur les séances .....	21
5	Patient-e 4 .....	21
5.1	Attitudes de communication et anxiété sociale.....	21
5.2	Test de dépistage de la dépression .....	22
5.3	Questionnaire spécifique aux impacts du bégaiement sur la qualité de vie et la communication .....	22
5.3.1	Questionnaire spécifique aux impacts du bégaiement sur la qualité de vie et la communication (OASES) .....	22
5.3.2	Echelle d'anxiété sociale (LSAS-CA) .....	22
5.4	Questionnaire de satisfaction sur les séances .....	22
IV	Discussion.....	23
1	Contextualisation .....	23
2	Mise en lien des résultats avec les recherches antérieures .....	23

2.1	Hypothèse 1 : L'improvisation permet d'améliorer la communication et les comportements de communication.....	23
2.2	Hypothèse 2 : L'improvisation permet d'améliorer la qualité de vie .....	25
2.3	Hypothèses 1 et 2 : Impact des facteurs intra-individuels.....	28
2.4	Hypothèse 3 : Plus la personne était motivée et a apprécié les séances d'improvisation, plus les améliorations (communication et qualité de vie) seront visibles .....	28
2.5	Hypothèse 4 : Les patient·e·s ont pu mettre en pratique des techniques vues en suivi individuel pendant les séances de groupe.....	30
3	Limites et perspectives .....	31
V	Conclusion .....	32
VI	Références.....	33

## I Partie théorique

### 1 Introduction

Dans la première moitié du XX<sup>ème</sup> siècle, Moreno a été à l'origine de ce qui est désormais considéré comme « la troisième révolution psychiatrique » en introduisant le psychodrame, thérapie basée sur l'improvisation théâtrale (Becerril-Maillefert, 2013, p.19). L'improvisation théâtrale est définie comme une « technique de l'acteur qui joue quelque chose d'imprévu, non préparé à l'avance et « inventé » dans le feu de l'action » (Pavis & Ubersfield, 2019, p.438). Depuis, l'improvisation a connu un essor important et est utilisée en psychothérapie et en éducation avec des objectifs divers tels que la diminution de l'anxiété, de la dépression, l'amélioration de la façon de penser, l'amélioration du comportement, la régulation affective (Felsman et al., 2019, 2023 ; Gagnon et al., 2018 ; Guénoun, 2016 ; Hainselin et al., 2017 ; Laszlo, 2011). Récemment, les apports de l'improvisation théâtrale ont également été étudiés dans le domaine de la formation et de la recherche en neuropsychologie (Hainselin, 2021).

Le bégaiement est un trouble de la fluence verbale qui impacte la communication. Or nous communiquons partout, tout le temps, le bégaiement entraîne donc des répercussions dans la vie quotidienne et notamment sur la qualité de vie (Crocq et al. 2015, Monfrais-Pfauwadel, 2014). Ces répercussions sont majorées chez la personne adolescente qui bégaie (PAQB) (Simon & Jouan, 2004 ; Monfrais-Pfauwadel 2014). Les personnes qui bégaient (PQB) peuvent être prises en soin par un·e orthophoniste, le suivi débutera généralement par des séances individuelles et peut être complété par des séances en groupe thérapeutique.

L'improvisation théâtrale a fait ses preuves dans plusieurs domaines thérapeutiques et ses apports semblent, au moins partiellement, correspondre à des difficultés rencontrées par les PQB. De fait, l'improvisation théâtrale pourrait-elle être un médium intéressant en orthophonie, et plus précisément dans la prise en soin du bégaiement chez les adolescent·e·s ?

Dans un premier temps, le bégaiement et ses répercussions seront définis, en particulier chez l'adolescent·e. L'improvisation et les avancées actuelles de la recherche concernant ses apports seront ensuite étudiées au regard des bénéfices possibles concernant le bégaiement. En effet, seul un mémoire (Galis, 2020) a étudié directement les apports de l'improvisation théâtrale dans la prise en soin du bégaiement, cette pratique est encore peu documentée en orthophonie. Ce mémoire aura pour finalité de mettre en évidence de possibles apports de l'improvisation théâtrale sur la communication et la qualité de vie des PAQB. Les résultats obtenus seront discutés au vu des données scientifiques actuelles.

### 2 Bégaiement

#### 1.1 Définition

Selon le DSM 5 (Crocq et al. 2015, p.51), le bégaiement, ou « trouble de la fluidité verbale apparaissant durant l'enfance » se manifeste par des perturbations motrices de la parole. Il s'agit d'un trouble neurodéveloppemental. Les capacités en termes de parole du sujet sont

alors inférieures à celles attendues pour son âge, elles perdurent et ne peuvent être expliquées par un autre trouble ou déficit.

Cela a pour conséquences un manque de fluidité et des comportements de forçage musculaire qui se répercutent sur la communication et peuvent entraîner une souffrance psychologique chez la personne qui bégaie (PQB). Monfrais-Pfauwadel (2014, p.2) parle de « traces audibles et perceptibles de lutte motrice puis psychique ». Selon la même autrice, le déficit de fluence se caractérise par un manque de douceur des contacts articulatoires qui peuvent être allongés et un débit non adapté au contexte et à l'interlocuteur·rice. Surviennent alors des blocages et une mise en tension lors des accidents de parole. Ces derniers se retrouvent chez tout locuteur·rice, la mise en tension est spécifique au bégaiement. Selon le DSM 5 (2015), ce trouble peut entraîner de l'anxiété sociale, perturber la communication (verbale et non verbale) et impacter le parcours scolaire ou la carrière professionnelle.

Le bégaiement est fluctuant selon les circonstances. La fluence peut ainsi être perturbée par différents paramètres : la complexité de l'énoncé, la pression temporelle, les capacités d'organisation de la pensée, l'état émotionnel, le stress psychologique, l'appréhension, la relation et la réaction de l'allocutaire. L'anxiété et le stress sont constitutifs du bégaiement mais ils l'amplifient également. En réaction à son vécu et aux difficultés rencontrées lors de ses expériences de communication, la PQB risque de mettre en place des conduites d'évitement, par exemple échanger un mot par un autre, sur lequel la PQB a moins de risques de bégayer (Monfrais-Pfauwadel, 2014). En outre, le bégaiement est idiosyncrasique, chaque PQB a sa propre façon de bégayer (Onslow, 2020).

Il existe trois types de bégaiements : 1) le bégaiement développemental qui débute entre 2 et 4 ans et qui se résorbe spontanément dans 75% à 80% des cas, 2) le bégaiement développemental persistant lorsqu'il ne se résorbe pas, qui fera l'objet de ce mémoire et 3) le bégaiement acquis, aussi appelé bégaiement neurologique, qui survient à la suite d'une lésion cérébrale (Monfrais-Pfauwadel, 2014 ; Piérart, 2018).

## **1.2 Epidémiologie**

Selon la méta-analyse de Yairi et Ambrose (2013), l'âge moyen de début du bégaiement est de 33 mois, et il est très rare que le bégaiement débute après 6 ans. Dans les premières années, il touche presque autant de filles que de garçons. Cette donnée change à l'âge adulte, puisqu'un ratio de 4 hommes pour 1 femme qui bégaie a été relevé. On peut donc en déduire que davantage de filles arrêtent spontanément de bégayer dans l'enfance (Smith et Weber, 2017). L'incidence relevée (qui correspond au nombre de nouveaux cas) est de 8%. La prévalence du bégaiement (qui correspond au nombre de PQB au moment de l'étude) est beaucoup moins élevée après l'âge de 6 ans, ce qui signifie que la plupart des enfants arrêtent de bégayer avant cet âge, certains avec une intervention orthophonique et d'autres sans. Le taux de persistance du bégaiement oscillerait entre 9 et 11,7% (Yairi et Ambrose, 2013).

### **1.3 Manifestations cliniques : symptômes primaires et secondaires**

#### **1.2.1 Les symptômes primaires**

La fluence nécessite trois paramètres : l'absence d'effort de parole, une « douceur de transitions et des attaques » ainsi qu'un « débit rapide et sans heurt ». Les trois sont altérés dans le bégaiement (Starkweather, 1987, cité par Monfrais-Pfauwadel, 2014, p.47).

Les disfluences peuvent être catégorisées de la manière suivante : les disfluences typiques du bégaiement d'un côté et les autres disfluences de l'autre, qui sont alors des disfluences présentes chez tout locuteur-rice, par exemple des interjections comme « ah » ou des révisions de phrases (Monfrais-Pfauwadel, 2014). Les PQB produisent significativement plus de disfluences typiques du bégaiement que les personnes qui ne bégaiement pas alors que les autres disfluences ont la même occurrence dans les deux populations. Selon la même étude, les disfluences typiques du bégaiement prennent les formes suivantes : répétitions de syllabes et de sons, mots tronqués, blocages et prolongations.

Concernant les répétitions, elles existent aussi dans la parole fluente, où ce sont majoritairement des répétitions de mots et parfois de phrases, alors que chez les PQB les répétitions concernent davantage les phonèmes et les syllabes. La fréquence de ces répétitions doit être élevée et créer une irrégularité dans le rythme de la parole pour être considérée comme du bégaiement (Monfrais-Pfauwadel, 2014). Selon Onslow (2020), la répétition peut concerner une syllabe, plusieurs à la fois ou encore une partie de syllabe.

Le bégaiement peut également se manifester par des postures figées, aussi appelées pauses tendues. Elles surviennent dans deux types de situations : en posture phonatoire (on parle alors de prolongation ou d'allongement, le son est prolongé) ou en posture préphonatoire, c'est-à-dire avant la phonation (on parle ici de blocage), elle se manifeste alors par un coup de glotte, la PQB force pour produire le son (Monfrais-Pfauwadel, 2014 ; Onslow, 2020 ; Piérart, 2013).

Ces répétitions, prolongations et blocages ont des effets sur le débit qui est alors plus saccadé et ralenti par ces disfluences.

#### **1.2.2 Les symptômes secondaires ou comportements réactionnels**

En réaction à ces symptômes primaires, des comportements secondaires de lutte ou d'évitement peuvent s'installer si la PQB vit mal son bégaiement. Ainsi, le bégaiement touche également les aspects paraverbaux et non verbaux de la communication. Selon Barrier (2017, p.11), « les gestes, les expressions faciales, la voix, le regard, la distance, les postures, font partie de ce qu'on nomme par extension la communication non verbale [...] ou paraverbale lorsque les signes corporels sont étroitement associés au dialogue ».

Parmi ces différents paramètres, le regard est particulièrement important dans la communication car il permet de communiquer des émotions et des affects. Il permet également de réguler les tours de parole, ainsi que de voir et de s'adapter à la réaction de

l'interlocuteur·rice (Barrier, 2017). Le regard est très perturbé dans le bégaiement, ce qui gêne particulièrement la communication pour l'interlocuteur·rice. Le jeune enfant peut perdre le contact visuel quand il est trop concentré sur sa propre parole. Par la suite, la fuite du regard va devenir un comportement d'évitement, en réponse aux émotions de honte, de gêne et de peur d'être jugé (Monfrais-Pfauwadel, 2014 ; Simon, 2015).

La PQB peut aussi développer des syncinésies, qui sont des mouvements parasites d'un muscle autre que celui qui doit se contracter volontairement. Les syncinésies dans le cadre du bégaiement peuvent concerner les muscles de la face, du cou voire du torse. Elles peuvent être très gênantes pour la communication car elles captent l'attention de l'interlocuteur·rice qui sera moins à l'écoute. Elles font partie des réactions de lutte (Monfrais-Pfauwadel, 2014). Les syncinésies et autres mouvements du corps sont d'abord produits consciemment par la PQB quand elle essaye de contrôler son bégaiement. Mais ces mouvements finissent par être « intégrés dans un fonctionnement psychique avec une valeur de rituel conjuratoire ou de désengagement des automatismes menant au bégaiement » (Piérart, 2018, p.29) et la PQB n'a alors plus aucun contrôle dessus.

### **1.2.3 La communication paraverbale : d'autres paramètres affectés**

La communication paraverbale n'est pas seulement perturbée au niveau du regard. La prosodie et le rythme de la parole (notamment les pauses dans le discours) sont aussi touchés.

Les paramètres prosodiques sont modifiés, et souvent réduits. Les raisons sont multiples, ce phénomène peut être expliqué par un contrôle laryngé irrégulier. La PQB a du mal à réguler la tension laryngée, ce qui peut se manifester par des coups de glotte ainsi qu'une intensité et une hauteur tonale irrégulières (Piérart, 2018). Monfrais-Pfauwadel (2014) décrit que lors d'un épisode de bégaiement la voix peut monter en intensité, le rythme peut être accéléré ou encore le sujet risque de trop syllaber (en marquant de légères pauses entre les syllabes au sein du mot).

Par ailleurs, les PQB auraient tendance à retenir davantage leurs émotions et leurs affects, ce qui transparait dans la prosodie qui est affectée par les fluctuations de l'humeur (Monfrais-Pfauwadel, 2014). Cette autrice recommande alors un travail sur l'expression orale des émotions lors des thérapies du bégaiement. Cela peut être réalisé dans le cadre de séances en groupe d'improvisation théâtrale. (Laszlo, 2011).

Au niveau du rythme de parole, les pauses remplies (par exemple avec « euh » ou « qu'est-ce que je veux dire ») qui sont utilisées pour réguler le discours chez les locuteurs·locutrices non-bègues, sont moins employées par les PQB, et ce dès l'enfance, ce qui rendra plus difficile les autocorrections plus tard (Starkweather, 1987 cité par Monfrais-Pfauwadel, 2014). Les pauses vides, quant-à-elles, ont deux fonctions : technique et linguistique. La fonction technique consiste à reprendre l'air dans les poumons afin de parler lors de l'expiration. La fonction linguistique concerne le fait de rythmer le discours et d'organiser sa pensée. En effet

chez les personnes fluentes, les pauses vides ont lieu aux frontières syntaxiques (principalement en fin de phrases) et donnent le temps à l'interlocuteur·rice de réagir. Toutefois, chez la PQB, ces pauses peuvent survenir au milieu d'un mot (par exemple lors d'un blocage) et durent plus longtemps. Elles sont parfois accompagnées de syncinésies et de forçages sur le larynx. Tout ceci participe à rendre la parole moins fluente et moins intelligible. (Piérart, 2018).

Le bégaiement est donc caractérisé par des symptômes primaires qui se manifestent par un nombre important de disfluences typiques du bégaiement (répétitions de syllabes et de sons, blocages et prolongations). Des comportements secondaires (perte du contact visuel et syncinésies) peuvent s'installer en réaction à ces symptômes primaires et selon le vécu de la PQB. La communication paraverbale est affectée (regard, prosodie et pauses).

#### **1.4 Attitudes de communication**

Les PQB ont des attitudes de communication plus négatives que les personnes qui ne bégaiement pas (Andrews & Cutler, 1974 ; Vanryckeghem & Brutten, 2011). L'âge a un effet significatif sur ces attitudes de communication. Les attitudes de communication négatives augmentent ainsi avec l'âge chez les enfants et adolescents qui bégaiement (entre 6 et 13 ans) alors qu'elles diminuent chez les enfants qui ne bégaiement pas (Vanryckeghem & Brutten, 1997).

#### **1.5 Répercussions sur la vie quotidienne et réactions**

Le bégaiement touche tous les aspects de la communication, or nous communiquons partout, tout le temps. Ainsi, un trouble touchant à la communication aura forcément un impact sur la vie quotidienne. De nombreuses études ont montré que le bégaiement a un impact majeur sur la qualité de vie. Cette dernière regroupe les domaines suivants : « l'état physique du sujet (autonomie, capacités physiques) ; ses sensations somatiques (symptômes, conséquences des traumatismes ou des procédures thérapeutiques, douleurs) ; son état psychologique (émotivité, anxiété, dépression) ; ses relations sociales et son rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel » (Leplège, 1999, p.18). Dans ce mémoire, la qualité de vie concernera essentiellement l'état psychologique et les relations sociales et environnementales.

Selon la méta-analyse d'Onslow (2020), le bégaiement a un impact semblable à celui d'une maladie grave de type traumatisme neurologique ou pathologie cardiaque. Cet impact sur la qualité de vie serait partiellement dû à un manque de spontanéité. Le bégaiement affecte donc le discours, la vie professionnelle et l'éducation. L'étude de Koedoot et al. (2011) montre elle aussi cet impact, et plus particulièrement dans les domaines du discours, des émotions et de la cognition ainsi que sur les activités quotidiennes, l'anxiété et la dépression. Elle a par ailleurs relevé que l'impact du bégaiement n'était pas nécessairement corrélé avec la sévérité de celui-ci, mais davantage avec les capacités d'adaptation et de réaction, notamment face au stress. Piérart (2018, p.23) cite également des impacts psychosociaux sur le développement de

l'enfant tels que « l'isolement social, l'anxiété et l'inhibition dans la communication interpersonnelle ».

Diverses études ont ainsi montré que les personnes adolescentes qui bégaiement (PAQB) sont plus anxieuses et/ou déprimées, sont plus repliées sur elles-mêmes, ont plus de problèmes somatiques et sociaux, ont plus de difficultés attentionnelles et de risques d'avoir des comportements agressifs (Onslow, 2020 ; Perez & Stoeckle, 2016 ; Karahan Tığrak et al., 2021).

Selon les méta-analyses de Perez & Stoeckle (2016) et de Onslow (2020), les PAQB et les PQB ont plus de risques de développer de l'anxiété sociale. En fonction des études, la prévalence du trouble d'anxiété sociale se situe entre 40 et 60% des PQB contre 8 à 13% dans la population générale (Onslow, 2020). Cela serait conséquent au fait d'avoir été confrontés à des attitudes de communication et d'interactions négatives et aux « effets cumulatifs sociaux négatifs du bégaiement » (Perez & Stoeckle, 2016, p.4 ; Smith et al., 2014). Par exemple, les enfants et adolescent-e-s qui bégaiement sont plus souvent harcelés et rejetés par leurs pairs (Davis et al., 2002 ; Karahan Tığrak et al., 2021 ; Piérart, 2018). Il a été montré que les troubles mentaux (dont l'anxiété et notamment l'anxiété sociale) avaient une répercussion importante sur les bénéfices des prises en soin de restructuration du langage. Iverach et al. (2009) ont étudié les effets à court terme et moyen terme (6 mois) d'une prise en soin en restructuration de la parole parmi 64 PQB, dont 72% présentaient au moins un trouble mental (30% des sujets avaient un trouble de l'anxiété). L'étude a montré qu'au bout de 6 mois, les PQB présentant un trouble mental avaient perdu la moitié des bénéfices de la restructuration de la parole concernant la fréquence du bégaiement et les évitements de situations. Les seul-e-s qui maintenaient leurs résultats à long terme étaient les PQB sans trouble mental. L'impact des troubles mentaux est donc important et la prise en soin des troubles (fréquemment) associés est primordiale.

Cette anxiété sociale et ces expériences négatives entraînent des conduites d'évitement de situations et d'interactions par les PQB. Les évitements concernent également les mots sur lesquels elles anticipent le bégaiement (Onslow, 2020 ; Perez & Stoeckle 2016). Tout cela peut entraîner de la frustration chez les PQB (Perez & Stoeckle, 2016) ou encore du bégaiement masqué qui est un bégaiement qui n'est pas perceptible par l'interlocuteur-riche car la personne cherche à le dissimuler (Onslow, 2020). Plusieurs études analysées par Onslow (2020) ont montré que les PQB ont une production verbale diminuée d'environ un tiers par rapport aux personnes qui ne bégaiement pas. Cela varie en fonction de la sévérité du bégaiement. Cette réduction est expliquée par les comportements secondaires, les évitements et le temps mis par la PQB pour produire un énoncé malgré les blocages et les répétitions.

Les PQB sont vues par leurs pairs comme « timides, nerveuses, anxieuses, introverties, moins intelligentes ou encore moins sympathiques » (Onslow, 2020, p.23). Les enfants qui



bégaient sont davantage perçus par leurs pairs comme en recherche d'aide et harcelés que les enfants fluents et ils sont moins souvent qualifiés de leaders. Ils sont toutefois perçus comme plus coopératifs (Davis et al., 2002). Tout cela amène certaines PQB à une réaction d'autodépréciation (Onslow, 2020).

Par ailleurs, le bégaiement a un impact direct sur l'estime de soi chez les adolescent·e·s avec un bégaiement sévère (Adriaensens et al., 2015) et chez les adultes qui bégaient (Klompas & Ross, 2004). En effet, l'estime de soi est essentiellement construite à partir des interactions sociales, or ces dernières sont perturbées et souvent vécues négativement par les PQB. Les adolescent·e·s qui perçoivent leur bégaiement comme plus sévère ont obtenu des scores plus faibles dans l'estime de soi globale et en particulier dans certains domaines spécifiques : l'acceptation sociale, la compétence scolaire et la capacité à se faire des ami·e·s proches (Adriaensens et al., 2015).

Pour résumer, le bégaiement a un impact sur tous les aspects de la vie quotidienne, privée et professionnelle. Les PQB ont tendance à manquer de spontanéité et à avoir des difficultés émotionnelles. Elles sont plus à risque d'être anxieuses ou déprimées, d'avoir des difficultés attentionnelles, de l'anxiété sociale et une mauvaise estime de soi. Enfin, les PQB ont plus de risques d'adopter des conduites d'évitement, d'anticipation négatives et d'autodépréciation. L'impact du bégaiement dans la vie quotidienne n'est pas corrélé au degré de sévérité mais plutôt aux capacités d'adaptation et de réaction au stress.

## **1.6 Adolescence et bégaiement**

L'adolescence est une période charnière de changements au cours de laquelle la·le futur·e adulte se construit corporellement, émotionnellement et psychologiquement. Le débit de parole devient également beaucoup plus rapide (Martins et al. 2007), ce qui peut être difficile à suivre pour les PAQB. Tous ces changements entraînent une impression d'être différents dans cette période où chacun·e veut ressembler aux autres, sous peine de se sentir exclu·e du groupe et où « tout signe de distinction semble devoir entraîner la honte (qui est la crainte de lire dans le regard de l'autre que l'on n'appartient plus au groupe). » (Monfrais-Pfauwadel, 2014, p.216). Frustration, anxiété et honte de soi s'entremêlent dans cette phase de la vie, qui est déjà compliquée pour un·e adolescent·e qui ne bégaie pas. Le bégaiement vient amplifier ce mal-être et certains jeunes risquent de blâmer leur bégaiement face aux difficultés rencontrées ou de l'utiliser comme excuse pour éviter certaines situations relationnelles pourtant nécessaires à cet âge (Simon & Jouan, 2004). En effet, la PAQB met en place 10 fois plus d'évitements qu'aux autres moments de la vie, et cela peut même aller jusqu'à la phobie sociale (Monfrais-Pfauwadel, 2014). Un sentiment d'injustice ou un déni du trouble peuvent également survenir et le bégaiement influence même l'orientation professionnelle de certains jeunes (Monfrais-Pfauwadel, 2014 ; Simon & Jouan, 2004). Une thérapie orthophonique est

donc particulièrement utile dans cette période afin d'aider la PAQB à accepter son bégaiement ou à le réduire selon sa demande.

Le groupe est très important à cet âge, puisque c'est souvent dans son groupe d'ami·e·s que l'adolescent·e se construit et trouve sa place, et c'est là qu'elle·il va chercher refuge lors des conflits avec les parents ou les enseignants (Monfrais-Pfauwadel, 2014).

### **1.7 Prise en soin orthophonique**

Selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP, 2022), le bégaiement peut être pris en soin en séances individuelles ou en séances de groupe.

Les groupes thérapeutiques dans la prise en soin du bégaiement s'inscrivent dans la continuité de la prise en soin individuelle et ont pour objectifs le développement personnel, l'amélioration des compétences en communication ainsi que de la relation à autrui. Ainsi, en 2004, Simon & Jouan (p.7) ont écrit que l'efficacité des prises en soins groupales vient du fait qu'elles permettent de « désensibiliser [...] grâce à un effet miroir qui permet de regarder les autres comme soi-même on est perçu » et qui permet ainsi à l'adolescent·e de se sentir compris·e comme elle·il comprend les autres. Le groupe est par ailleurs un lieu où l'adolescent·e peut s'entraîner à surmonter des situations difficiles sans qu'il n'y ait de répercussion dans la vie réelle (Simon, 2015).

Monfrais Pfauwadel (2014, p.363) écrit que l'adolescence est « certainement la période où le groupe est le plus efficace », en prenant la forme d'un espace transitionnel. Elle cite par exemple les jeux de rôle, la dramathérapie, les techniques d'expression corporelle et mentionne le fait qu'il n'y a pas de limites dans les possibilités de groupes. Guénoun (2016) explique que les adolescent·e·s en particulier vont se saisir de l'aspect groupal dans l'improvisation théâtrale.

Le bégaiement est donc un trouble de la fluence qui affecte tous les domaines de la communication et qui peut également impacter la qualité de vie. Il est particulièrement difficile à gérer à l'adolescence, période où l'aspect groupal est important. Les prises en soin de groupe sont recommandées avec les PAQB, et la pratique de l'improvisation théâtrale pourrait être une plus-value.

## **3 L'improvisation théâtrale**

### **2.1 Qu'est-ce que l'improvisation ?**

L'improvisation théâtrale consiste pour l'acteur·rice à inventer au fur et à mesure qu'elle·il joue, sans script préalable. Il existe une « croyance en un pouvoir libérateur du corps et de la créativité spontanée » (Pavis & Ubersfeld, 2019, p. 438). Hainselin (2017, p.1) ajoute que l'improvisation constitue un « espace de jeu et d'expérimentation de tous les instants », qui prône la bienveillance. L'improvisation consisterait donc en la création d'un espace de jeu dans lequel il est possible de se dépasser, d'aller au-delà de ses propres limites, le tout dans un cadre sécurisé et sécurisant. Lors d'exercices d'improvisation, les patient·e·s pourraient

donc expérimenter des situations de communication qui se passent bien. Par ailleurs, contrairement au théâtre classique, il n'y a pas de texte pré-écrit dans l'improvisation théâtrale, les acteur·rice·s ne peuvent donc pas s'appuyer sur un texte, ce qui encourage à développer la spontanéité et le sens de la répartie.

Guénoun (2016, p.5) rappelle que le terme théâtre vient du grec et signifie « lieu où l'on regarde ». Elle souligne que les jeux de regards sont primordiaux dans le jeu théâtral, que ce soit le regard de l'autre ou son propre regard.

## **2.2 Apports de l'improvisation théâtrale**

Pitarque (2018) s'est appuyée sur les travaux de Chekhov (1953) et Knebel (1959) pour définir les grands principes de l'improvisation théâtrale. Seuls ceux considérés comme pertinents dans le cadre de séance de groupe avec des PQB seront repris ici.

Elle préconise de se saisir de sa propre émotion afin de l'utiliser dans le jeu, de jouer à partir d'une vraie émotion. Le travail des émotions et de leur régulation via l'improvisation théâtrale a été validé par Laszlo (2011), qui utilise l'improvisation théâtrale comme outil dans ses psychothérapies de groupe.

Un autre principe stipule qu'il n'y a pas de réel raté possible dans l'improvisation et qu'il faut « accepter l'erreur » (Pitarque, 2018, p.86). En effet, si une idée ne prend pas, il suffit d'essayer différemment. Hainselin et al. (2017, p.3) vont même plus loin en avançant « qu'en improvisation, on se nourrit des erreurs, des chutes et des manqués, pour se relever plus vite et avancer. ». L'improvisation permettrait donc d'apprendre à mieux gérer les situations de communication difficiles, de les dédramatiser et d'utiliser davantage les autocorrections. Par ailleurs, des étudiant·e·s en santé déclaraient avoir une meilleure gestion des situations ambiguës ainsi qu'une amélioration de leurs compétences en communication et de leur confiance en soi après trois heures d'atelier d'improvisation théâtrale (Phelps et al., 2021).

Le 3<sup>ème</sup> principe de Pitarque (2018) retenu ici consiste à accueillir sans a priori la proposition de l'autre, dans le moment présent. Cela demande donc de ne pas anticiper ni éviter la situation de communication. Elle relève également comme principe le fait de « ne pas chercher la performance mais la relation et la justesse dans cette relation » (p.86), ce qui fait écho à l'anxiété sociale, aux évitements et à l'anticipation négative.

L'utilisation de l'improvisation théâtrale pour améliorer l'anxiété, l'anxiété sociale et la dépression a par ailleurs fait l'objet de plusieurs recherches (Felsman et al., 2019, 2023 ; Krueger, 2017). Dans l'étude de Krueger et al. (2017), les patient·e·s étaient des adultes recruté·e·s dans une clinique psychiatrique en ambulatoire. Elles·ils avaient des symptômes modérés d'anxiété et de dépression. Elles·ils ont fait l'objet d'une intervention basée sur des exercices d'improvisation théâtrale, deux heures par semaine pendant 4 semaines. Les résultats ont montré que les participant·e·s avaient significativement une meilleure estime de soi et qu'il y a eu une baisse significative des symptômes d'anxiété et de dépression, ces

résultats se maintenaient un mois après l'intervention. Cette dernière était menée par une psychothérapeute, sur des patient·e·s atteints de symptômes de dépression ou d'anxiété. Les effets de l'improvisation théâtrale ont été étudiés dans le cadre scolaire sur des adolescent·e·s atteint·e·s ou non d'anxiété sociale (Felsman et al., 2019). En effet, pour éviter un vécu de stigmatisation pour les adolescent·e·s concerné·e·s, l'improvisation théâtrale a été proposée à tous·tes les élèves. Près de la moitié étaient positifs au test d'anxiété sociale réalisé avant l'intervention, et parmi elles·eux 43% ne l'étaient plus après les 10 séances d'improvisation. Il a été relevé une diminution significative de l'anxiété sociale parmi tous les adolescent·e·s. Elle était corrélée à une plus grande confiance dans les compétences sociales, à la capacité de trouver et mettre en œuvre des moyens pour atteindre ses objectifs, à une plus grande compétence de se produire devant des personnes et au fait de mieux accepter ses erreurs. Ils ont également relevé une diminution des symptômes de dépression. Ces effets étaient amplifiés pour les élèves les plus investis. Felsman et al. (2023) ont montré une diminution significative de l'anxiété sociale grâce à l'improvisation théâtrale dans une étude à plus large échelle (14 classes, 339 sujets). L'improvisation était pratiquée cinquante minutes par semaine pendant dix semaines. Cette étude a également révélé une diminution de l'intolérance à l'incertitude. Contrairement à l'étude de Krueger et al. (2017), les séances d'improvisation des études de Felsman et al. (2019, 2023) n'étaient pas menées par des psychothérapeutes mais par des professeurs de théâtre, ce qui suggère que l'improvisation peut apporter des bénéfices par elle-même qui ne dépendraient pas de l'animateur du groupe.

Par ailleurs, « l'improvisation développe la spontanéité, entendue ici comme une réponse adaptée à une situation nouvelle ou comme une réponse originale à une situation ancienne » (Moreno, 1965, cité par Gagnon et al., 2018). De surcroît, le fait de s'entraîner à répondre dans certains types de situations pourrait permettre aux PQB de mieux les gérer ensuite dans la vie réelle et donc de moins les éviter. En effet, le groupe est une « antichambre de la vie réelle » (Simon, 2015, p.9) avec un aspect transitionnel (Monfrais-Pfauwadel, 2014).

D'autres bienfaits de l'improvisation théâtrale ont été démontrés dans des domaines variés. A l'école, Hainselin (2017) a suggéré qu'elle permettait de développer l'écoute, le respect des tours de parole, et le fait d'avoir une finalité de groupe, ce qui demande de la flexibilité et du lâcher prise. L'improvisation permet également un travail sur le sens de la répartie ainsi que sur l'adaptation relationnelle (Gagnon et al., 2018). Un récent travail auprès d'adolescent·e·s a mis en évidence que celles·ceux qui pratiquaient l'improvisation théâtrale avaient une plus grande amélioration de leurs compétences narratives que celles·ceux qui pratiquaient le théâtre écrit classique (Blondé et al., 2021).

L'improvisation théâtrale permet donc de mettre en place un cadre sécurisant afin d'expérimenter des situations de communication variées. Les études citées ci-dessus ont montré ou suggéré qu'elle permet de travailler les émotions, le regard, l'acceptation de l'erreur,

les autocorrections, l'anticipation négative et elle demande d'accepter ce qui vient sans l'éviter. L'improvisation permet également de réduire l'anxiété, l'anxiété sociale et la dépression ainsi que d'augmenter la spontanéité. Elle permet de travailler sur d'autres aspects de la communication et sur le lâcher prise.

### **2.3 Improvisation et bégaiement**

Les apports possibles de l'improvisation théâtrale évoqués ci-dessus sont des éléments à travailler pour les PQB. L'improvisation théâtrale pourrait donc être très bénéfique pour les PQB. Les apports de l'improvisation sur le bégaiement ont été étudiés dans le mémoire de fin d'étude de Galis (2020) sur une population d'adultes. Les cinq patient-e-s ont relevé une amélioration dans leur communication quotidienne, une meilleure acceptation de soi avec plus de spontanéité et moins d'appréhension du jugement d'autrui. Il y évoque l'intérêt que cette pratique pourrait avoir en particulier auprès d'adolescent-e-s, pour les raisons évoquées en première partie : acceptation de soi, confiance en soi, estime de soi, peur du jugement, évitements de situations, anxiété...

## **4 Conclusion**

Les apports possibles de l'improvisation théâtrale relevés dans d'autres domaines que l'orthophonie et le bégaiement laissent penser que cette pratique serait également bénéfique pour les PQB. Galis (2020) a étudié cette pratique avec des adultes qui bégaiant et a pu mettre en évidence des apports dans les différents aspects de la communication. L'intérêt pour les adolescent-e-s serait peut-être même plus élevé, cette période étant particulièrement délicate dans la vie de la PQB. Les apports de l'improvisation théâtrale dans les prises en soin du bégaiement sont encore peu documentés (seul le mémoire de Galis (2020) a pu être trouvé). Pourtant, cette pratique est en plein essor dans de nombreux domaines, comme cela a pu être mis en évidence précédemment. Il est donc légitime de se poser la question suivante : Quels sont les apports sur la communication et la qualité de vie de l'improvisation théâtrale comme moyen thérapeutique dans le cadre d'une prise en soin de groupe d'adolescents qui bégaiant ? Nous formulons les hypothèses suivantes :

- La pratique de l'improvisation théâtrale en groupe dans le cadre d'une séance d'orthophonie avec des adolescents qui bégaiant améliorera leurs capacités de communication.
- Cette même pratique améliorera leur qualité de vie. Cette amélioration se traduirait ici par une diminution de l'anxiété sociale, des symptômes de dépression et de l'évitement de situations sociales et de mots ainsi que par une augmentation de la spontanéité, une meilleure gestion des émotions et une meilleure affirmation de soi.
- Plus la PQB est investie et aime l'improvisation et plus l'impact positif de l'intervention sera visible.
- Enfin, les séances d'improvisation en groupe pourraient permettre une réutilisation des techniques apprises en séances individuelles.

## **II Méthode**

### **1 Population**

Comme précisé dans les parties I.1.1.6 et I.1.1.7, l'adolescence est une période difficile pour les PQB. La peur du rejet, le besoin d'être accepté par les autres et l'augmentation de la vitesse de parole coexistent sur cette période de changements à la fois physiques et psychiques. C'est à cette période que le pourcentage d'évitements est le plus élevé. Les prises en soin de groupe sont particulièrement recommandées à l'adolescence, c'est pourquoi il a été choisi dans ce mémoire de travailler avec des adolescent·e·s qui bégaièrent. (Martins et al., 2007 ; Monfrais-Pfauwadel, 2014, Simon & Jouan, 2004). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'adolescence concerne la période de 10 à 19 ans. Les critères d'inclusion de cette étude étaient donc d'être une PQB ayant entre 10 et 19 ans. Les sujets ont été recrutés au sein d'un groupe de prise en soin en orthophonie sur le thème de l'improvisation théâtrale. Il fallait que la·le patient·e participe au groupe pour être inclus·e dans ce mémoire.

Le groupe d'improvisation théâtrale suivi sur plusieurs mois dans le cadre de ce mémoire, se composait de cinq patient·e·s en moyenne et quatre d'entre elles-eux ont accepté de participer à ce mémoire. Le groupe est composé de patient·e·s qui bégaièrent et d'autres qui bredouillent, le bredouillement étant un critère d'exclusion de cette étude.

### **2 Matériel**

Dans le cadre de ce mémoire, des questionnaires auto-administrés ont été proposés avant la période de séances d'improvisation ainsi qu'à la fin de cette période (disponibles en annexes A à G).

#### **2.1 Attitudes de communication et anxiété sociale**

Le premier questionnaire vise à évaluer les attitudes de communication chez la PQB. Il s'agit du S-24, qui est l'échelle modifiée d'Erickson sur les attitudes de communication (Andrews & Cutler, 1974). La fiabilité et la validité de cette échelle ont été vérifiées sur une population anglophone. Il n'existe pas de version francophone validée, mais une traduction libre de cette échelle (réalisée par Julie Fortier-Blanc et Julie Boudreault en 2000) est utilisée par les orthophonistes dans un but clinique. Cette version a donc été proposée afin d'obtenir des observations cliniques. Ce questionnaire sur les attitudes de communication est rempli par la·e patient·e, qui coche « vrai » ou « faux » à des propositions concernant sa communication, par exemple « pour moi certains mots sont plus difficiles que d'autres à dire ». Erickson (1969) a sélectionné les propositions selon les réponses données par un groupe de personnes fluentes et un groupe de PQB. Les propositions étaient gardées seulement si la tendance des réponses différait entre les 2 groupes. Le score à l'échelle d'Erickson est établi de la manière suivante : si la réponse soumise est celle majoritairement donnée par les PQB, elle équivaut à 1 point, si elle est majoritairement donnée par les personnes fluentes ou s'il n'y a pas de réponse donnée, alors elle équivaut à 0 point. Les vingt-quatre propositions retenues

dans le S-24 sont celles pour lesquelles les réponses étaient significativement différentes chez les PQB par rapport aux personnes qui ne bégayaient pas (Andrews & Cutler, 1974).

Dix questions ont été extraites de l'Assertion Inventory de Gambrill (Gambrill & Richey, 1975). Elles ont pour objectif d'évaluer le degré d'inconfort ou d'anxiété face à des situations de la vie quotidienne. Les questions ont été traduites de l'anglais dans le cadre de ce mémoire. Une échelle de Likert est utilisée pour coter le degré d'inconfort face à une situation, en quatre items convertis en scores (0 : pas d'inconfort, 1 : peu d'inconfort, 2 : beaucoup d'inconfort, 3 : énormément d'inconfort). Le score représentant un inconfort maximal est donc de 30.

Des questions créées sur la communication et la qualité de vie ont également été ajoutées afin de venir compléter les précédents questionnaires. Une échelle de Likert en quatre items a été utilisée pour quantifier la fréquence de certains comportements (jamais, parfois, souvent, tout le temps).

Un tableau (annexe H) regroupe les différentes compétences évaluées par ces trois questionnaires sur les plans de la communication, des comportements de communication et de l'aspect personnalité/qualité de vie. La qualité de vie et la personnalité regroupent les notions de confiance en soi, estime de soi, anxiété sociale, affirmation de soi, gestion des émotions, gêne, impact du bégaiement sur les choix professionnels, anxiété et confiance en l'autre. La catégorie comportements est composée de la spontanéité, l'adaptation aux situations, les évitements de situations, le lâcher prise et l'écoute d'autrui. Enfin, certaines questions permettent d'étudier des paramètres de la communication comme le contact visuel, les évitements de mots, l'organisation du discours, la prosodie ainsi que le rythme. Ces compétences sont présentes dans les trois questionnaires. Aussi, sur le plan qualitatif et descriptif, les réponses données à ces questionnaires seront analysées ensemble pour chaque patient·e.

## **2.2 Test de dépistage de la dépression**

Pour évaluer la sévérité des symptômes de dépression potentielle des sujets, le PHQ9 (Kroenke et al., 2001) a été utilisé. Le Patient Health Questionnaire (PHQ9) est un outil de dépistage qui peut être auto-administré. Il est composé de 9 items auxquels le sujet répond via une échelle de Likert en quatre items. Cette dernière est ensuite convertie en scores (Jamais = 0 point, plusieurs jours = 1 point, plus de la moitié du temps = 2 points et presque tous les jours = 3 points). La fiabilité et la validité de ce test ont été montrées par Kroenke et al. (2001). Lorsque le sujet a répondu, les points sont additionnés, et selon le score, différents états sont associés : entre 0 et 4 il n'y a pas de dépression, entre 5 et 9 les symptômes sont ceux d'une dépression légère, entre 10 et 14 d'une dépression modérée, entre 15 et 19 les symptômes sont ceux d'une dépression modérément sévère et entre 20 et 27 ils sont ceux d'une dépression sévère.

### **2.3 Questionnaire spécifique aux impacts du bégaiement sur la qualité de vie et la communication**

Lors de la réalisation de ce mémoire, une collaboration a été entreprise avec l'équipe de recherche de Leclercq et Aunis-Oumghar, qui a pour objectif de valider et normaliser deux questionnaires : l'OASES-T et l'OASES-S. Deux des patient·e·s participant au groupe d'improvisation ont accepté de répondre aux questionnaires de cette étude en plus des questionnaires utilisés dans ce mémoire. L'OASES est un outil qui permet d'évaluer l'impact du bégaiement sur la communication et sur la qualité de vie chez les adolescents ainsi que les réactions de la personne face à son bégaiement. Des échelles de Likert à 5 items sont utilisées. Dans le cadre de l'étude sur l'OASES, d'autres tests et questionnaires ont été passés avec la·le patient·e, notamment le test d'anxiété sociale LSAS-CA. Ce test permet de mesurer l'anxiété sociale et les évitements face à différentes situations de la vie quotidienne.

Il était convenu au départ que tous·tes les patient·e·s participeraient également à l'étude sur l'OASES. Dans le but d'éviter des passations trop longues, répétitives et contraignantes pour les participant·e·s, il fût décidé de retirer le questionnaire prévu spécifique à l'anxiété sociale qui devait être passé. En effet, un questionnaire semblable devait être proposé par l'équipe de l'OASES afin de le comparer aux résultats de l'OASES. Toutefois, deux sujets sont revenus sur leur décision et ont finalement refusé de participer à l'étude sur l'OASES. La première séance d'improvisation et les questionnaires avaient alors déjà eu lieu et il n'était donc plus possible de leur proposer le questionnaire initial spécifique à l'anxiété sociale et aux évitements.

### **2.4 Questionnaire de satisfaction sur l'improvisation théâtrale**

Un questionnaire de satisfaction concernant l'improvisation théâtrale a été spécifiquement créé pour ce travail. Il a été distribué à la fin de la dernière séance d'improvisation. Ce questionnaire était composé de 11 questions fermées, auxquelles les patient·e·s répondaient via une échelle de Likert en 4 items (pas du tout, un peu, beaucoup, je ne sais pas), ainsi que d'une question ouverte : « qu'est-ce que l'improvisation t'a apporté ? » et d'un espace libre si la personne voulait ajouter quelque chose.

### **2.5 Le déroulé des séances d'improvisation**

Les séances étaient menées par une orthophoniste formée à l'improvisation. Chaque séance se composait d'un premier temps d'échauffement composé de plusieurs exercices suivi d'un second temps de courtes improvisations à 2 ou 3 jeunes autour de thèmes prédéfinis. Celles·ceux qui ne jouent pas regardent. Lors des exercices, différentes compétences sont travaillées concernant les attitudes de communication ainsi que le lâcher prise, la spontanéité, la réaction lors d'une pression temporelle, l'impulsivité, la rapidité de réaction, la confiance en soi. Les exercices ainsi que les compétences travaillées sont détaillés dans l'annexe I.



Entre l'échauffement et les improvisations a lieu un temps de pause qui permet de faire circuler la parole autour des défis rencontrés par les participant·e·s dans leur vie quotidienne et de renforcer la cohésion au sein du groupe.

### **3 Procédure**

En amont des séances, les patient·e·s et leurs parents ont reçu une notice d'information créée afin de décrire cette étude. Elles·ils ont pu poser leurs questions avant la remise des questionnaires lors de la première séance d'improvisation. Les questionnaires étaient auto-administrés, ils ont été distribués en format papier au début de la première séance d'improvisation, les sujets étaient assis dans la même salle. Elles·ils ne devaient pas communiquer entre elles·eux en répondant aux questionnaires. Les mêmes questionnaires ont également été soumis à la fin de la dernière séance d'improvisation, ainsi que le questionnaire de satisfaction.

Dix séances d'improvisation de deux heures avaient été planifiées dans le cadre de ce mémoire, mais les contraintes matérielles ont limité le nombre de séances. Neuf séances ont ainsi été réalisées, espacées de une à trois semaines. Certains sujets de ce mémoire ont été absents lors de certaines séances (voir Annexe J).

### **4 Démarches administratives et éthiques**

Un contrat de stage a été co-signé avec la directrice de mémoire-orthophoniste qui encadre et anime les séances d'improvisation. Une attestation clinique « soins courants » a également été signée. Elle garantit le fait que les données soient recueillies dans le cadre de la prise en soin habituelle des patient·e·s. Comme mentionné précédemment, une notice d'information a été réalisée à destination des parents des sujets (qui sont mineurs) et des sujets eux-mêmes.

## **III Résultats**

Ce mémoire a pour objectif d'étudier de possibles apports de l'improvisation théâtrale sur la communication et la qualité de vie dans les prises en soin de groupe d'adolescent·e·s qui bégaiement. Le bégaiement et la manière de le vivre sont propres à chaque patient·e et les résultats mis en avant dans ce mémoire sont très patient·e-dépendants, c'est pourquoi les patient·e·s ne peuvent être comparé·e·s entre eux ou elles, mais plutôt par rapport à soi-même. Ainsi, après avoir décrit l'échantillon de cette étude, les résultats ainsi que la discussion seront présentés patient·e par patient·e. L'ensemble des données est disponible en annexes A à G.

Il n'y a que 4 sujets dans cette étude, et les tests ne suivant pas une loi normale, les statistiques seront essentiellement descriptives. Comme nous nous intéressons à l'évolution des résultats avant et après la pratique, seules les variations de réponses entre avant et après les séances d'improvisation seront étudiées. Les réponses données à un instant T ne seront pas analysées en tant que telles.

## 1 Echantillon

Les quatre participant·e·s de ce mémoire étaient deux garçons et deux filles. Elles et ils avaient respectivement 11 ans, 12 ans, 15 ans et 16 ans. Elles et ils ont tous·tes suivi une prise en soin individuelle pour leur bégaiement par l'orthophoniste qui supervise les groupes. Ainsi, deux patient·e·s ne venaient plus qu'au groupe et les deux autres continuaient leur prise en soin individuelle en parallèle. Les deux patient·e·s qui ont arrêté la prise en soin individuelle ont commencé les séances de groupe d'improvisation théâtrale il y a un an. Une pause de plusieurs mois a cependant été observée pendant l'été 2022, ce qui constitue une période creuse. Tous·tes les autres participant·e·s au groupe ont commencé l'improvisation cette année.

## 2 Patient·e 1 : P1

### 2.1 Attitudes de communication et anxiété sociale

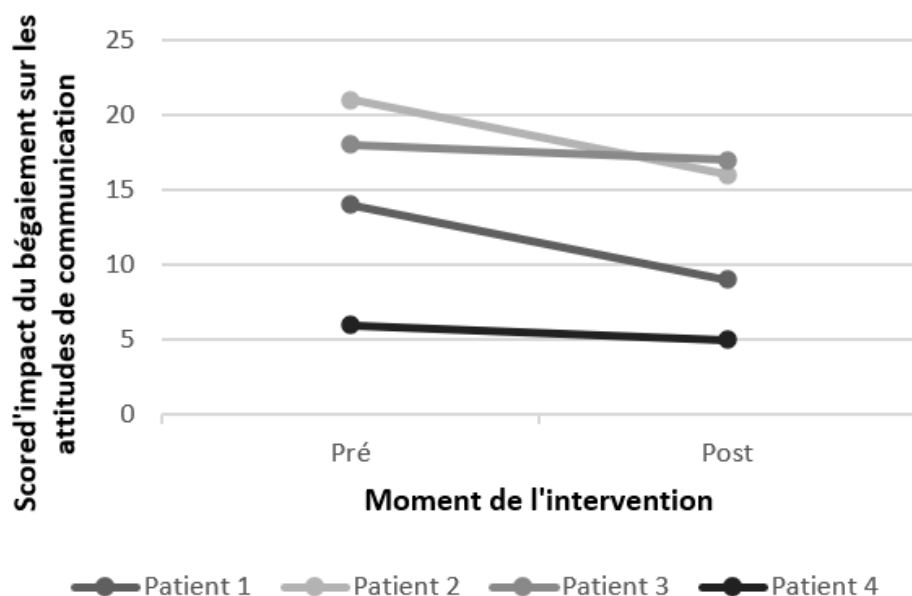
A l'échelle modifiée des attitudes de communication d'Erickson (Andrews et Cutler 1974), le score de P1 diminue de cinq points (voir Figure 1), indiquant de meilleures attitudes de communication.

A l'inventaire des assertions de Gambrill (Gambrill & Richey, 1975), le score de P1 diminue de trois points (voir Figure 2), ce qui indique une diminution de l'inconfort face à des situations de communication. Trois questions montrant une évolution sur deux catégories de réponse : beaucoup devient pas d'inconfort en post-intervention

Les questions créées n'ont pas de score attribué, mais une analyse visuelle (annexe B) révèle davantage de réponses à l'évolution positive (7) que négative (3).

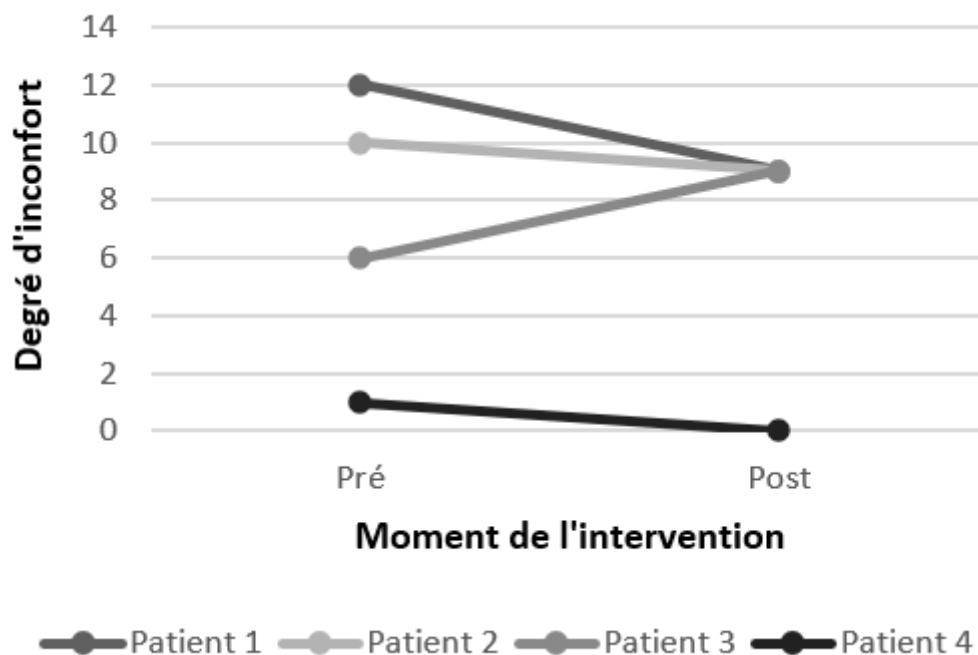
#### Figure 1 :

*Evolution des attitudes de communication en pré et post intervention selon l'échelle modifiée d'Erickson (Andrews & Cutler, 1974)*



**Figure 2 :**

*Degré d'inconfort dans différentes situations de communication en pré et post-intervention selon l'inventaire des assertions de Gambrill (1975)*



Pour la communication, les réponses à l'évolution favorable relevées concernent l'organisation du discours (2 réponses sur les 9 questions abordant l'organisation du discours ont évolué favorablement ; par la suite, les résultats seront présentés sous la forme 2/9), la prosodie et le rythme (4/7), les évitements de mots (2/3) et la prise en compte des éléments paraverbaux et non-verbaux (1/4). Les évolutions défavorables concernent l'organisation du discours (1/9), la prosodie et le rythme (2/7), la répartie (1/2), le contact visuel (2/5), la gestuelle (2/2) ainsi que la prise en compte des éléments paraverbaux et non verbaux (1/4).

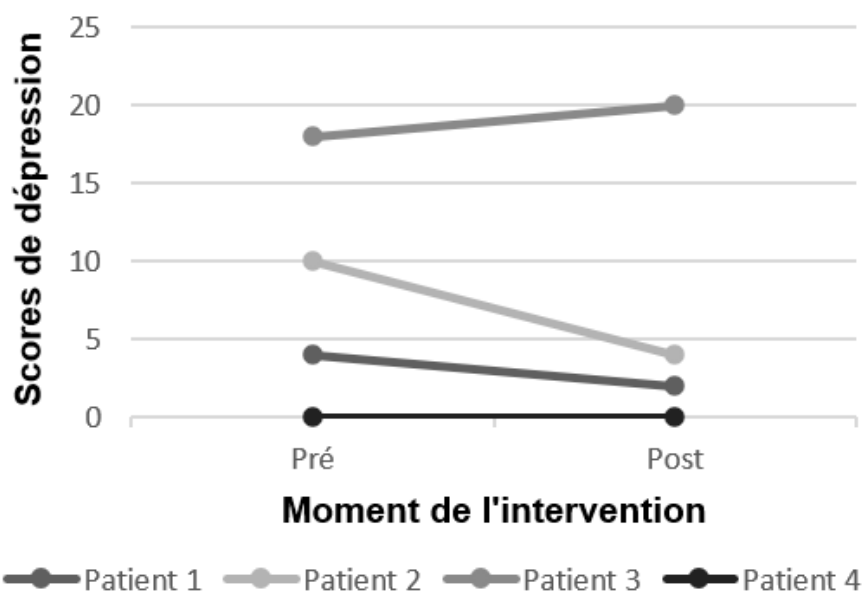
Sur le plan des comportements, une évolution favorable est relevée pour la spontanéité (4/12), le lâcher-prise (1/5), l'écoute de l'autre (1/8), l'adaptation aux situations (2/5) et les évitements de situations (1/2). Une évolution défavorable est relevée pour la spontanéité (3/12), le lâcher prise (1/5) et l'adaptation aux situations (1/5).

Enfin, dans la catégorie personnalité et qualité de vie, les réponses à l'évolution positive englobent la confiance en soi et l'estime de soi (9/23), l'anxiété sociale (9/25), l'affirmation de soi (2/12) et la gêne (2/2). Les réponses défavorables concernent la confiance en soi (1/23), l'anxiété sociale (3/25), l'affirmation de soi (1/12) ainsi que la gestion des émotions (2/4).

## 2.2 Test de dépistage de la dépression

Figure 3

Indice de dépression avant et après la prise en soin en improvisation théâtrale



Au PHQ9, P1 obtient un score de 4/25 avant intervention et de 2/25 après, indiquant une diminution du score de la dépression (voir Figure 3). Toutefois, ces scores correspondent tous deux à une absence de dépression.

## 2.3 Protocole supplémentaire

### 2.3.1 Questionnaire spécifique aux impacts du bégaiement sur la qualité de vie et la communication (OASES)

Le score d'impact de P1 diminue pour les informations générales (3,47 qui correspond à un score d'impact modéré-sévère en pré-intervention et 2,7 qui correspond à un score d'impact modéré en post-intervention), les réactions par rapport au bégaiement (pré : 1,6 léger/modéré ; post 1,4 modéré), la communication quotidienne (pré : 2,87 modéré ; 2,47 modéré) et la qualité de vie (pré 1,8 léger/modéré ; post 1,2 léger). Son score d'impact total diminue, il était de 2,42 (impact modéré) en pré et de 1,97 (impact léger/modéré) en post.

Les réponses se sont améliorées concernant le fait de parler sans bégayer et de dire ce que le sujet veut dire exactement malgré le risque de bégayer. P1 se sentait mieux par rapport au fait d'être une PQB après intervention, mais P1 se sentait aussi mal après intervention qu'avant sur le fait que d'autres jeunes lui fassent remarquer qu'elle·il bégaye. Concernant les réactions face au bégaiement, en pré-intervention, P1 se sentait « parfois » triste, contrarié·e à cause du bégaiement et nerveux·se ou anxieux·se à l'idée de bégayer ainsi que « rarement » fâché·e ou frustré·e à cause des difficultés à dire ce qu'elle·il veut dire. Après intervention, ce n'était plus le cas (« jamais »). P1 ressent moins de difficultés à parler à de nouvelles

personnes et à raconter des blagues ou des histoires après l'intervention, même si ces situations restent difficiles. Le fait de parler avec du monde autour reste au même niveau de difficulté. Concernant la qualité de vie, P1 répondait avant l'intervention que le bégaiement l'empêchait un peu de participer à un événement social, d'avoir confiance en soi et d'avoir une belle vie, ce qui n'était plus le cas après l'intervention. Le bégaiement impacte un peu sa vie, la réponse reste la même avant et après l'intervention.

### **2.3.2 Echelle d'anxiété sociale (LSAS-CA)**

Les scores d'anxiété (58/72 en pré-intervention et 48/72 en post-intervention) et d'évitements (43/72 en pré-intervention et 36/72 en post-intervention) ont diminué dans toutes les sous-catégories (situations de performance et situations d'interactions sociales). L'anxiété a particulièrement diminué dans les situations d'interaction sociale (le score passe de 33 à 25), alors que le score d'anxiété des situations de performance ne diminue que de 2 points (passant de 25 à 23). Par exemple, les réponses où les scores diminuaient (anxiété et évitements) concernent le fait de rencontrer de nouvelles personnes (anxiété sévère devient légère en post), rejoindre un club ou une organisation, dire son désaccord ou sa colère et d'autres situations liées au fait d'être dans un groupe. L'anxiété n'a pas diminué dans les réponses abordant le contact visuel avec des inconnus, le fait d'être le centre de l'attention ou de parler devant toute la classe.

### **2.4 Questionnaire de satisfaction sur les séances**

P1 ne sait pas si elle/il a apprécié les séances d'improvisation (réponse : « ne sait pas »), P1 pense que l'improvisation l'a aidé-e à améliorer sa communication (« un peu »), que l'improvisation n'a pas diminué son niveau d'anxiété ni sa répartition (« pas du tout »). A la question « qu'est-ce que l'improvisation t'a apporté ? », P1 a répondu « communiquer mieux avec les personnes de mon entourage ».

## **3 Patient-e 2**

### **3.1 Attitudes de communication et anxiété sociale**

A l'échelle modifiée des attitudes de communication d'Erickson (Andrews et Cutler 1974), le score de P2 a diminué de cinq points, indiquant de meilleures attitudes de communication après l'intervention (Figure 1).

A l'inventaire des assertions de Gambrill (Gambrill & Richey, 1975), le score de P2 diminue d'un point (voir Figure 2), indiquant une diminution très légère de l'inconfort face aux situations de communication évoquées.

L'analyse visuelle des questions créées (annexe B) révèle davantage de réponses à l'évolution positive (4) que négative (2).

Parmi les paramètres de communication étudiés, les réponses à l'évolution favorable concernent l'organisation du discours (1/9), la prosodie et le rythme (1/7), la répartition (1/2), le contact visuel (1/5) ainsi que les éléments para et non-verbaux (2/4). Les réponses à

l'évolution défavorable concernant l'organisation du discours (3/9) ainsi que la prosodie et le rythme (2/7).

En matière de comportements, une évolution favorable est relevée pour la spontanéité (5/12), l'écoute de l'autre (4/8) et l'adaptation aux situations (2/5). Une évolution défavorable est relevée pour des questions qui concernent la spontanéité (3/12), le lâcher prise (1/5), l'écoute de l'autre (1/8) et les évitements de situations (1/2).

Concernant la personnalité et la qualité de vie, les questions à l'évolution favorable se rapportent à la confiance en soi et l'estime de soi (1/23), l'anxiété sociale (6/25), l'affirmation de soi (5/12), la gestion des émotions (1/4) ainsi que l'impact sur les choix professionnels (1/1). Une évolution défavorable est relevée dans des questions portant sur la confiance en soi (1/23), l'anxiété sociale (3/25), l'affirmation de soi (2/12) et la gestion des émotions (1/4).

### **3.2 Test de dépistage de la dépression**

Le score de P2 était de 10/25 avant l'intervention, ce qui correspond à un état de dépression modéré. Après l'intervention, le score était de 4/25, ce qui est associé à une absence de dépression (voir Figure 3).

### **3.3 Questionnaire de satisfaction sur les séances**

P2 a beaucoup apprécié les séances d'improvisation théâtrale (« beaucoup »), elle/il trouve avoir été de plus en plus à l'aise au fil des séances (« beaucoup »), qui lui ont par ailleurs permis de baisser son niveau d'anxiété (« beaucoup »). P2 pense que l'improvisation lui a permis d'améliorer sa communication (« un peu ») et sa répartie (« un peu »). P2 a répondu que l'improvisation l'a aidé-e à prendre confiance en soi.

## **4 Patient·e 3**

### **4.1 Attitudes de communication et anxiété sociale**

A l'échelle modifiée des attitudes de communication d'Erickson (Andrews et Cutler 1974), le score de P3 a diminué d'un point en post intervention, indiquant une très légère amélioration des attitudes de communication.

A l'inventaire des assertions de Gambrill (Gambrill & Richey, 1975), le score de P3 a augmenté de 3 points (voir Figure 2), révélant une hausse de l'inconfort dans les situations de communication.

L'analyse visuelle des questions créées (annexe B) révèle davantage de réponses à l'évolution négative (5) que positive (4).

En matière de communication, les paramètres dans lesquels une évolution positive est relevée sont l'organisation du discours (1/9), le contact visuel (1/5), la prosodie (1/7), les évitements de mots (1/3) ainsi que les pauses remplies (1/1). Ceux dans lesquels une évolution négative est relevée sont l'organisation du discours (2/9), la prosodie et le rythme (2/7), la répartie (1/2) ainsi que les éléments para et non-verbaux (1/4).

Concernant les comportements, une évolution positive est relevée pour la spontanéité (3/12), l'écoute de l'autre (1/8), l'adaptation aux situations (1/5) et les évitements de situations (1/2). Une évolution négative est relevée pour la spontanéité (4/12), le lâcher-prise (1/5), l'écoute de l'autre (3/8) et l'adaptation aux situations (2/5).

Dans la catégorie personnalité/qualité de vie, une évolution positive est relevée pour la confiance en soi (5/23), l'anxiété sociale (6/25) et l'affirmation de soi (2/12). Une évolution négative est relevée pour la confiance en soi (4/23), l'anxiété sociale (6/25), l'affirmation de soi (2/12) et la gestion des émotions (1/4).

#### **4.2 Test de dépistage de la dépression**

Le score de P3 était de 18/25 avant l'intervention, ce qui correspond à un état de dépression modérément sévère. Le score était de 20/25 après l'intervention, ce qui correspond à un état de dépression sévère (voir Figure 3).

#### **4.3 Questionnaire de satisfaction sur les séances**

P3 a répondu avoir un peu apprécié les séances d'improvisation, qui ont amélioré sa communication (« un peu ») et sa répartie (« un peu »). P3 ne pense pas que les séances lui aient permis de diminuer son niveau d'anxiété (« pas du tout »). P3 répond avoir pu réutiliser des aptitudes travaillées en groupe dans sa vie quotidienne (« beaucoup ») et avoir pu mettre en pratique des techniques apprises en prise en soin individuelle (« beaucoup »). Selon P3, l'improvisation lui a « appris à être plus spontané-e, à dire les choses sans réfléchir ».

### **5 Patient-e 4**

#### **5.1 Attitudes de communication et anxiété sociale**

A l'échelle modifiée des attitudes de communication d'Erickson (Andrews et Cutler 1974), le score de P4 a diminué d'un point (voir Figure 1).

A l'inventaire des assertions de Gambrill (Gambrill & Richey, 1975), le score de P4 passe de 1 à 0 (voir Figure 2). P4 ne ressent pas d'inconfort face aux situations de communication évoquées.

L'analyse visuelle des questions créées (annexe B) révèle davantage de réponses à l'évolution négative (4) que positive (2).

Concernant la communication, une évolution positive est relevée pour le contact visuel (1/5), les évitements de mots (1/3) ainsi que les éléments para et non-verbaux (1/4). Une évolution négative est relevée pour l'organisation du discours (1/9), la prosodie et le rythme (1/7), le contact visuel (1/5) et les éléments para et non-verbaux (2/4).

En matière de comportements, une évolution positive est relevée pour la spontanéité (1/12), l'écoute de l'autre (1/8) et l'adaptation aux situations (1/5). Une évolution négative est relevée pour la spontanéité (2/12) ainsi que l'écoute de l'autre (5/8).

Parmi les paramètres de personnalité et qualité de vie, ceux qui montrent une évolution favorable sont la confiance en soi (2/23), l'anxiété sociale (3/25), l'affirmation de soi (2/12) et

la gestion des émotions (1/4). Ceux qui montrent une évolution négative sont l'anxiété sociale (1/25), l'affirmation de soi (2/12) et la gêne (1/2).

## **5.2 Test de dépistage de la dépression**

Le score de P4 était de 0/25 avant et après l'intervention, ce qui correspond à une absence de dépression (voir Figure 3).

## **5.3 Questionnaire spécifique aux impacts du bégaiement sur la qualité de vie et la communication**

### **5.3.1 Questionnaire spécifique aux impacts du bégaiement sur la qualité de vie et la communication (OASES)**

Les scores d'impact de P4 ont légèrement diminué concernant les informations générales (pré : 1,4, impact léger ; post : 1,33 léger), les réactions par rapport au bégaiement (pré : 1,36 léger ; post : 1,2 léger), la communication quotidienne (pré : 1,6 léger-moderé ; post : 1,35 : léger) et l'impact total (pré : 1,35, léger ; post : 1,25, léger). Le score d'impact de la qualité de vie a légèrement augmenté (pré : 1,05, léger ; post 1,15 léger). En effet, après intervention, P4 a répondu que son bégaiement interférait un peu avec sa confiance en soi, et que sa vie était très peu impactée par la manière dont les autres réagissent à son bégaiement, alors qu'en pré-intervention, P4 avait répondu « pas du tout » à ces deux questions. Par ailleurs, le fait de commander un plat au restaurant lui paraît encore un peu difficile après intervention, la réponse n'a pas changé. Toutefois, les situations demandant de parler à un grand groupe de personnes et de parler avec des adultes sont passées de très difficiles en pré-intervention à pas très difficiles en post-intervention.

### **5.3.2 Echelle d'anxiété sociale (LSAS-CA)**

Les scores d'anxiété (4/72 en pré-intervention et 1/72 en post-intervention) et d'évitements (3/72 en pré-intervention et 0/72 en post-intervention) ont diminué dans toutes les sous-catégories (situations de performance et situations d'interactions sociales). La seule situation qui soulève de l'anxiété légère en post-intervention n'est pas en lien avec le bégaiement ni la communication. Les questions concernant les situations d'interactions sociales ne soulèvent plus d'anxiété pour P4 après l'intervention.

## **5.4 Questionnaire de satisfaction sur les séances**

P4 a répondu « je ne sais pas » à la plupart des questions. P4 souhaite éventuellement refaire de l'improvisation plus tard dans sa vie (« un peu »). Elle lui a apporté « beaucoup de confiance et de fluidité dans sa parole ».



## IV Discussion

### 1 Contextualisation

L'objectif de ce mémoire était d'évaluer les potentiels apports de l'improvisation théâtrale sur la communication et la qualité de vie, dans une prise en soin de groupe d'adolescent·e·s qui bégaiant. Pour ce faire, quatre adolescent·e·s ont répondu à des questionnaires avant et après neuf séances d'improvisation en groupe avec leur orthophoniste. Les questionnaires concernaient la communication ainsi que divers aspects de la qualité de vie. Un questionnaire de satisfaction a également été proposé à la fin de la neuvième séance. Selon les hypothèses, il était attendu une amélioration de la communication et de la qualité de vie qui pourrait être en lien avec le niveau d'appréciation et d'implication dans les séances d'improvisation. Il était également attendu que les patient·e·s réutilisent des méthodes apprises en séances individuelles.

### 2 Mise en lien des résultats avec les recherches antérieures

#### 2.1 Hypothèse 1 : L'improvisation permet d'améliorer la communication et les comportements de communication

De précédentes recherches ayant montré ou suggéré que l'improvisation théâtrale permettrait d'améliorer la communication (Gagnon et al., 2018 ; Galis, 2020 ; Guénoun, 2016 ; Hainselin, 2017 ; Phelps, 2021), la première hypothèse était que les séances d'improvisation apporteraient une amélioration des compétences et comportements de communication des PAQB. Les résultats recueillis dans cette étude sont hétérogènes.

P1 a obtenu une amélioration sur le questionnaire modifié des attitudes de communication d'Erickson (scores de 14 en pré-intervention et 9 en post), sur celui visant à évaluer l'inconfort dans les situations de communication de Gambrill (scores de 12 en pré-intervention et 9 en post) ainsi que sur le questionnaire créé (sept questions à l'évolution positive contre trois à l'évolution négative). Les domaines d'amélioration concernés sont l'organisation du discours, la prosodie et le rythme, les évitements de mots et de situations, la spontanéité, l'écoute de l'autre et l'adaptation aux situations. Dans l'OASES, le score d'impact du bégaiement sur la communication diminue également, en particulier sur le fait de parler à de nouvelles personnes et raconter des histoires, ce qui vient confirmer l'amélioration de la communication. Ainsi P1 a montré une amélioration globale des compétences et comportements de communication, même si des difficultés persistent.

P2 a également fait preuve d'une amélioration au questionnaire sur les attitudes de communication d'Erickson (scores de 21 en pré-intervention et 16 en post), à celui visant à évaluer l'inconfort dans les situations de communication de Gambrill (scores de 10 en pré-intervention et 9 en post-intervention) et dans les questions créées (quatre questions à l'évolution positive, deux à l'évolution négative). Ces améliorations concernent la répartie, le contact visuel, la prise en compte des éléments para et non-verbaux, la spontanéité, l'écoute

de l'autre et l'adaptation aux situations. Les résultats de P2 sont plus hétérogènes que ceux de P1 car les différences de scores en pré et post test sont moins élevées pour P2 concernant le questionnaire d'inconfort dans les situations de communication et les questions créées. Toutefois, une amélioration globale des capacités et comportements de communication est relevée pour P2, même si des difficultés restent présentes.

Le score de P3 diminue d'un point à l'échelle des attitudes de communication (18 en pré-intervention et 17 en post). Une évolution négative est relevée pour le questionnaire concernant l'inconfort face à certaines situations de communication (score de 6 en pré-intervention et 9 en post). Davantage de questions à l'évolution négative (5) que positive (4) sont constatées dans le questionnaire créé. Ainsi, les comportements et compétences de communication de P3 évoluent plutôt négativement, plus précisément dans les domaines de l'organisation du discours, de la prosodie et du rythme, de la répartition, de la prise en compte des éléments para et non-verbaux et l'écoute de l'autre. Les résultats de P3 vont donc à contre-courant des données de la littérature et de notre hypothèse.

P4 obtient des scores qui reflètent globalement peu de difficultés autour de la communication. De légères évolutions - positives et négatives - sont toutefois observées, comme une amélioration d'un point dans les questionnaires des attitudes de communication (6 en pré-intervention et 5 en post) et d'inconfort face aux situations de communication (score de 1 en pré-intervention et 0 en post). Davantage de questions ont connu une évolution négative (4) que positive (2) aux questions créées. A l'OASES, le score d'impact du bégaiement sur la communication quotidienne a diminué, passant de léger-moderé à léger. Ainsi, l'évolution de P4 est plutôt positive mais proche de la neutralité.

Au final, si les résultats des patient·e·s 1 et 2 tendent à valider l'hypothèse 1, ceux de P4 sont plus nuancés et ceux de P3 vont dans le sens inverse de l'hypothèse et des données de la littérature. L'improvisation théâtrale semble donc améliorer les capacités de communication, en particulier pour les patient·e·s ayant des difficultés marquées en début d'intervention. Toutefois, cette intervention pourrait ne pas être adaptée pour certains patient·e·s, ce qui sera détaillé par la suite.

Tout comme Galis (2020), les résultats sont plus ou moins marqués selon les patient·e·s. Dans son mémoire qui s'intéressait à l'utilisation de l'improvisation dans une prise en soin de groupe de PAQB, les résultats suggéraient une amélioration de la communication non verbale, des comportements de communication et des aspects de la personnalité. Les patient·e·s relataient avoir gagné en spontanéité ainsi qu'en gestion de la pression temporelle et moins craindre d'être jugé·e. Elles-ils pensaient prendre la parole plus facilement, être plus à l'écoute et aborder les situations de communication avec plus de tranquillité. Ces résultats se retrouvent chez P1 et P2, ainsi que P4 à moindre mesure.

Les résultats de P3 peuvent être expliqués par l'impact de son état psychologique qui influence certainement son ressenti et pourrait la-le pousser à s'auto-évaluer de manière plus pessimiste que ses compétences réelles. P3 et P4 avaient déjà commencé le groupe d'improvisation l'année précédente, ce qui pourrait expliquer le peu d'évolution de P4, via un effet plafond.

Enfin, par rapport à la méthodologie, les exercices et scénettes d'improvisation proposés ne visent pas explicitement une compétence, mais permettent de travailler sur plusieurs aspects de la communication à la fois, il est donc possible que chacun soit sensible seulement à une partie des paramètres travaillés. Les moyens d'évaluation utilisés ici ne sont peut-être pas assez précis, et l'aspect qualitatif (à savoir, les domaines visés dans chaque question, par exemple la prosodie dans la communication) a été réfléchi et créé dans le cadre de ce mémoire. Il est donc possible qu'un biais d'évaluation explique une partie des résultats obtenus.

## **2.2 Hypothèse 2 : L'improvisation permet d'améliorer la qualité de vie**

La deuxième hypothèse suggérait que les séances d'improvisation théâtrale permettraient d'améliorer la qualité de vie des patient·e·s. La qualité de vie englobe ici l'état psychologique des patient·e·s (dépression et anxiété notamment) ainsi que leurs relations sociales et environnementales, avec notamment l'aspect professionnel.

P1 a montré une diminution de l'inconfort dans les situations de communication, ce qui va dans le sens d'une amélioration des relations sociales. D'après les questionnaires de cette étude, cette amélioration ciblerait plus précisément les évitements de situation, l'estime de soi et l'anxiété sociale. La gestion des émotions semble s'être détériorée. Le PHQ9 montre une diminution du score de dépression. Les deux scores correspondent à une absence de dépression, toutefois, le score pré-intervention (4) était à la limite entre l'absence de dépression (scores de 0 à 4) et la dépression légère (scores de 5 à 9). A l'OASES, les scores d'impact de P1 ont diminué dans tous les domaines étudiés, notamment dans la partie spécifique à la qualité de vie, ce qui confirme l'amélioration de la qualité de vie chez cette personne et les résultats obtenus dans ce mémoire. Par ailleurs, l'échelle d'anxiété sociale (la LSAS-CA) utilisée par l'équipe de l'OASES démontre également une diminution générale de l'anxiété sociale et des évitements chez ce-cette patient·e, ce qui confirme les résultats obtenus dans ce mémoire. Une amélioration de la qualité de vie de P1 est donc visible entre le pré et le post-intervention.

P2 montre une très légère diminution de l'inconfort face aux situations de communication, ce qui va dans le sens d'une amélioration des relations sociales. Toutefois, la différence de score en pré et post-intervention est vraiment faible (1 point), cette amélioration est peu fiable. D'après les questionnaires de cette étude, une amélioration est relevée concernant la spontanéité, l'écoute d'autrui, l'adaptation aux situations, l'anxiété sociale et l'affirmation de

soi. Par ailleurs, en post-intervention, P2 ne considère plus son bégaiement comme une obstruction à ses choix professionnels (selon la réponse à la question « Je ne parle pas assez bien pour faire le genre de travail que j'aimerais vraiment faire » de l'échelle d'Erickson). Enfin, le score de dépression de P2 a fortement diminué, passant d'un score de 10 qui correspond à un état de dépression modéré à un score de 4, correspondant à une absence de dépression. Ainsi, cette diminution de la dépression est en accord avec une étude sur des patient·e·s présentant une dépression modérée et suivis en psychothérapie (Krueger et al., 2017). Cette étude utilisait également le PHQ9 en moyen d'évaluation de la dépression et l'improvisation théâtrale avait lieu dans le cadre d'une psychothérapie. P2 n'était pas suivi·e par un·e psychologue, les progrès sur les aspects psychologiques pourraient donc être dus seulement à l'improvisation. Par ailleurs, un divorce parental était en cours, ce qui constitue une autre donnée interne à prendre en compte concernant l'état psychologique de P2. En effet, cela peut également avoir impacté son état psychologique en pré-test. Une meilleure acceptation du divorce et de ses conséquences en post-test pourrait alors expliquer la diminution des symptômes de dépression. La qualité de vie de P2 s'est améliorée entre avant et après les séances d'improvisation.

Une augmentation de l'inconfort face aux situations de communication est relevée pour P3, ce qui suggère une détérioration des relations sociales. Par ailleurs, sur un aspect plus qualitatif, les réponses de P3 aux différents questionnaires comptent pratiquement autant de questions à l'évolution positive que négative, et ce dans chaque domaine étudié, par exemple concernant la spontanéité, trois questions ont évolué positivement et quatre négativement, concernant la confiance en soi, cinq questions ont évolué positivement et quatre négativement, concernant l'anxiété sociale, six questions ont évolué dans chaque sens... Un questionnaire spécifique à l'anxiété sociale aurait pu être intéressant afin d'obtenir des données plus précises, en particulier pour ce·cette patient·e. En effet, les données de la littérature ont montré que l'improvisation permet d'améliorer l'anxiété sociale (Felsman et al. 2019, 2023 ; Krueger et al. 2017). L'écoute de l'autre est le seul paramètre avec une évolution négative franche marquée par un écart de deux points entre le pré et le post-intervention. Toutefois, en post-intervention, P3 ne semble plus considérer que le bégaiement soit un obstacle à son orientation professionnelle (selon la réponse à la question « Je ne parle pas assez bien pour faire le genre de travail que j'aimerais vraiment faire » de l'échelle d'Erickson). Enfin, le PHQ9 révèle un état dépressif modérément sévère en pré-intervention et sévère en post-intervention. Ainsi, les résultats de P3 dévoilant une évolution neutre ou négative selon les paramètres peuvent être majoritairement expliqués par l'état psychologique de ce·cette patient·e, qui suit par ailleurs une prise en soin psychologique. Ces résultats vont dans le sens inverse à l'hypothèse. En outre, l'étude ayant montré une diminution de la dépression s'intéressait à des patient·e·s présentant une dépression modérée et non une dépression sévère comme chez

P3, ce qui peut expliquer cette différence de résultats (Kruger et al., 2017). L'improvisation serait donc un bon outil thérapeutique pour diminuer une dépression initiale allant jusqu'à un stade modéré, mais semble inefficace pour des patient·e·s ayant une dépression plus sévère.

Une diminution de l'inconfort face aux situations de communication est relevée pour P4, le score passant de un à zéro. L'inconfort de P4 était peu élevé en pré-intervention et il est nul en post-intervention. Une évolution principalement négative est relevée concernant l'écoute de l'autre, ce qui est assez inattendu et pourrait être expliqué par un biais méthodologique. Une amélioration est notée pour la confiance en soi et l'anxiété sociale. Le score de dépression est de zéro en début et fin d'étude, témoignant d'une absence totale de dépression. A ces résultats s'ajoutent ceux obtenus dans le cadre du protocole de l'OASES qui montrent une diminution de l'impact du bégaiement dans tous les domaines étudiés, excepté la qualité de vie où le score d'impact augmente de 1,05 en pré-intervention à 1,15 en post-intervention, ce qui correspond à un changement de réponse sur deux questions, la première concernant la confiance en soi et la deuxième concernant la réaction d'autrui face au bégaiement. Cela va à l'encontre de l'amélioration de la confiance en soi suggérée par les questionnaires de ce mémoire. Cette différence de réponse peut être expliquée par le fait que les réponses sont données via des échelles de Likert, la différence entre « un peu » et « pas du tout » peut être ténue. En outre, ces échelles sont subjectives car elles dépendent de la personne à un moment T, le ressenti peut légèrement varier d'un moment à l'autre et donc d'une échelle à l'autre. Une amélioration est relevée dans l'OASES concernant le fait de parler à un grand groupe, ce qui peut être imputé à l'improvisation théâtrale qui consiste à jouer devant le reste du groupe. Enfin, l'anxiété sociale, qui était très légère en pré-intervention a disparu en pré-intervention, excepté concernant une situation sans lien avec le bégaiement (à savoir le fait d'utiliser des toilettes publiques). De manière globale, une amélioration de la qualité de vie de P4 est notée.

Ainsi, l'hypothèse selon laquelle l'improvisation théâtrale permet d'améliorer la qualité de vie est validée pour P1, P2 et P4. P4 obtient une amélioration moins marquée que P1 et P2 car sa qualité de vie était déjà plutôt bonne avant l'intervention, avec un impact léger du bégaiement. Les résultats de P3 vont dans le sens contraire à cette hypothèse, ce qui peut être expliqué par son état psychologique initial (dépression sévère).

Il a été relevé dans la littérature que le bégaiement avait un impact sur l'orientation professionnelle (Monfrais-Pfauwadel, 2014 ; Onslow, 2020; Simon & Jouan, 2004 ). En effet, deux patient·e·s sur les quatre de ce mémoire répondaient ne pas parler suffisamment bien pour faire le métier qu'elles-ils souhaitaient faire en pré-intervention, ce qui n'était plus le cas en post-intervention. Cela pourrait être expliqué par l'amélioration de l'estime de soi et de la confiance en soi. L'échantillon de ce mémoire est réduit, mais il serait intéressant de vérifier à

plus grande échelle si l'improvisation théâtrale pourrait avoir un impact sur les choix professionnels des personnes qui bégaiant.

La concordance des résultats obtenus pour P1 et P4 dans les questionnaires appartenant au protocole de l'OASES (OASES et LSAS-CA) avec les résultats de ce mémoire suggère que la méthode utilisée ici offre des résultats relativement fiables.

### **2.3 Hypothèses 1 et 2 : Impact des facteurs intra-individuels**

En parallèle des séances de groupe, P1 était suivi-e en prise en soin individuelle tous les 15 jours depuis juillet 2022. En outre, P1 était absent-e une séance sur deux et n'a donc participé qu'à cinq séances en tout. Les progrès de cette personne ne sont donc peut-être pas intégralement imputables aux séances d'improvisation mais aussi aux séances individuelles, et il est possible qu'elle ait eu une meilleure progression en assistant à toutes les séances de groupe.

P2 suivait une prise en soin individuelle en orthophonie en parallèle des séances de groupe. Cette prise en soin avait lieu depuis avril 2022 chaque semaine, et une partie de la progression de P2 pourrait être le fruit des séances individuelles.

Les résultats de P3 montrent une évolution globalement négative. P3 suivait une prise en soin psychologique. Ses difficultés psychologiques ont un impact fort, comme cela a pu être souligné par le questionnaire de dépression présent dans ce mémoire, ce qui impacte tous les autres domaines de sa vie (communication et qualité de vie). Les réponses données aux différents questionnaires pourraient refléter ce mal-être, ainsi la perception de soi et de ses propres capacités est possiblement plus péjorative que les capacités réelles de cette personne. Par ailleurs, P3 a émis le souhait d'arrêter la prise en soin de groupe lors de l'avant dernière séance d'improvisation, ce qui évoque à nouveau le mal-être de cette personne. La dépression pouvant être la cause de l'arrêt de la prise en soin, il serait envisageable de lui proposer de réintégrer les groupes d'improvisation théâtrale lorsqu'elle se sentira mieux. P3 a accepté de venir à la dernière séance afin de finaliser sa participation à l'étude, mais sans participer à la séance.

P4 obtient peu d'évolution, et montrait de manière générale assez peu de difficultés dès le début de l'intervention. Cette personne avait déjà participé au groupe d'improvisation théâtrale l'année précédant cette étude, ses résultats évoquent l'idée d'un effet plafond des séances de groupe en improvisation théâtrale. P4 était toutefois un élément moteur pour le groupe, ayant déjà pratiqué et se sentant à l'aise pendant les séances.

### **2.4 Hypothèse 3 : Plus la personne était motivée et a apprécié les séances d'improvisation, plus les améliorations (communication et qualité de vie) seront visibles**

La troisième hypothèse s'intéresse à une potentielle corrélation entre la motivation pour les séances et les évolutions des patient-e-s. La motivation est évaluée à l'aide de la réponse à

la question « j'ai apprécié les séances d'improvisation » du questionnaire de fin (Annexe E), ainsi que par la présence aux séances (Annexe J).

Ainsi, P1 a fait preuve d'une amélioration globale concernant la communication et la qualité de vie, tout en gardant des difficultés dans tous les domaines étudiés. Par ailleurs, P1 ne sait pas si elle-il a apprécié les séances d'improvisation et a été absent·e une séance sur deux, soit cinq séances effectuées sur les neuf (Annexe J). Il est possible que l'amélioration ait été plus marquée si P1 avait participé à toutes les séances. En effet dans les études de Felsman et al. (2019 ; 2023) et Galis (2020), les résultats étaient obtenus au terme de dix séances d'improvisation.

P2 a fait preuve d'une amélioration globale concernant la qualité de vie, en particulier concernant l'état dépressif, l'anxiété sociale et l'affirmation de soi. Ses comportements et capacités de communication se sont également améliorés. P2 était la personne la plus volontaire du groupe et a répondu avoir « beaucoup » apprécié les séances d'improvisation. Par ailleurs P2 a été très assidu·e et a été présent·e à toutes les séances d'improvisation (Annexe J). La motivation et l'assiduité pourraient avoir eu un impact positif sur la diminution marquée des symptômes de dépression et d'anxiété sociale chez ce·cette patient·e.

Les résultats de P3 concernant la communication semblent montrer une détérioration de celle-ci, de même que pour la qualité de vie. A l'instar de P2, P3 faisait également preuve d'un état dépressif important, mais contrairement à P2, cet état ne s'est pas amélioré, et s'est même détérioré. Contrairement à P2, P3 a été absent·e à trois groupes, et a décidé d'arrêter l'improvisation lors de l'avant-dernier groupe. P3 est venu·e au dernier groupe afin de participer au mémoire, mais a refusé de jouer dans les scènes d'improvisation. L'arrêt de l'improvisation souhaité par cette personne peut être expliqué par plusieurs facteurs : un manque de motivation pour l'improvisation, un état psychologique précaire qui demande probablement de gros efforts à P3 pour venir aux groupes et une volonté de libérer son emploi du temps, les séances étant fréquentes et sur le temps du samedi matin. Ce choix de l'arrêt des soins en groupe met toutefois en exergue le mal-être de cette personne et le manque de confiance en soi. Enfin, P3 a répondu avoir « un peu » aimé l'improvisation dans le questionnaire final, ce qui témoigne d'une motivation présente, mais trop faible comparé à l'état psychologique de ce·cette patient·e.

L'évolution de P4 est plutôt neutre concernant la communication et la qualité de vie, excepté l'anxiété sociale qui, bien que déjà peu élevée en pré-intervention a pratiquement disparu en post-intervention. Par ailleurs, P4 répond ne pas savoir si elle-il a apprécié les séances d'improvisation et a été absent·e à deux séances sur neuf. Il faut également prendre en considération le fait que P4 participait déjà aux séances l'année précédente, ce qui peut avoir émoussé sa motivation.

Ainsi, seuls les résultats de P2 vont dans le sens de l'hypothèse 3 car ce sujet était motivé et a montré une amélioration globale et marquée sur sa communication et sa qualité de vie. P1 a progressé sans montrer d'attrait ni de motivation particulière pour l'improvisation, ce qui suggère qu'ils ne sont pas essentiels aux bénéfices de l'improvisation théâtrale. Les variables internes à P3 (et notamment son état psychologique) impactent trop ses résultats pour pouvoir conclure à un impact de la motivation en soi. P4 ayant des résultats qui démontraient déjà de bonnes capacités de communication et une bonne qualité de vie en pré-intervention, peu d'amélioration était possible et il est difficile de conclure à un impact de la motivation et de l'investissement de P4 sur ses résultats.

Le choix d'une échelle de Likert comportant « je ne sais pas » comme choix de réponse apporte un biais dans le sens où cela ne permet pas d'obtenir une réponse claire des participant·e·s sur le fait qu'elles·ils ont ou non apprécié les séances d'improvisation théâtrale. Les propositions de réponse pour une prochaine étude à l'affirmation « j'ai apprécié l'improvisation théâtrale » pourraient être « pas du tout », « un peu », « modérément » et « beaucoup ».

Les résultats obtenus par Galis (2020) concernant une éventuelle corrélation entre un attrait pour l'improvisation et les bénéfices obtenus sont également patient·e-dépendants. Nos résultats ne peuvent donc ni confirmer ni infirmer cette hypothèse, il serait nécessaire de reproduire cette étude à plus grande échelle pour pouvoir effectuer des analyses corrélationnelles sur le plan statistique.

#### **2.5 Hypothèse 4 : Les patient·e·s ont pu mettre en pratique des techniques vues en suivi individuel pendant les séances de groupe**

Le groupe est défini comme un espace transitionnel, vestibule de la vie réelle, qui permettrait aux patient·e·s de s'exercer à des situations de communication (Monfrais-Pfauwadel, 2014 ; Simon, 2015). Il serait donc plus facile pour les patient·e·s de s'entraîner à utiliser les techniques vues en prise en soin individuelle (par exemple de ralentissement de la parole) pendant les groupes que dans la vie réelle. Ainsi, l'hypothèse 4 suggérait que les techniques apprises dans les suivis individuels seraient spontanément mises en pratique par les patient·e·s. Selon le questionnaire de fin, P1 et P2 ont « un peu » utilisé des techniques apprises, P3 « beaucoup » et P4 ne sait pas. Cette hypothèse n'est donc que partiellement validée. Lors de cette étude, aucune consigne n'a été donnée aux patient·e·s les encourageant à utiliser des techniques apprises, ce qui peut expliquer leurs réponses. Par ailleurs, des vidéos des patient·e·s pourraient être utiles afin de vérifier cette hypothèse. De même, pendant les groupes il pourrait être demandé aux patient·e·s de déclarer quand ils utilisent une technique. Une alternative serait que l'orthophoniste ou un observateur y prêtent attention.



### 3 Limites et perspectives

Une première limite qui peut être évoquée concerne le peu de séances qui ont pu être effectuées (neuf) avec des absences plus ou moins nombreuses selon les patient·e·s. En conséquence, elles·ils ont participé à cinq séances pour P1, neuf pour P2, six pour P3 et sept pour P4. Par ailleurs, les réponses au questionnaire pouvaient être biaisées par les ressentis du jour, en effet si la personne avait vécu une mauvaise expérience dans la journée ou dans les jours précédents, cela a pu avoir un impact sur les réponses données et la perception de soi. En effet, les questionnaires demandaient un auto-jugement de la part des patient·e·s. Une analyse de vidéos des patient·e·s aurait pu apporter un caractère plus objectif concernant les comportements de communication. Toutefois, l'aspect subjectif permet aussi de se rendre compte de l'analyse des patient·e·s de leurs propres attitudes de communication, de leur ressenti face aux situations de communication, et de la manière qu'ils ont d'appréhender ces dernières

Par ailleurs, le faible nombre de participant·e·s empêchait une analyse quantitative et statistique fiable, il n'y avait donc pas moyen de savoir si les résultats obtenus étaient significatifs ou non.

Deux patient·e·s se sont retiré·e·s du protocole de l'OASES en cours d'étude, or aucun questionnaire sur l'anxiété sociale supplémentaire n'avait été prévu dans ce mémoire, ce qui lui a fait défaut. Dans une prochaine recherche, il sera nécessaire d'utiliser un questionnaire spécifique à l'anxiété sociale.

Enfin, concernant le fond et la forme des questionnaires utilisés, les questions à l'échelle modifiée d'Erickson (Andrew & Cutler, 1974) étaient peu espacées les unes des autres, rendant la concentration difficile et la formulation de certaines questions, notamment concernant les formulations négatives les rendaient difficile à comprendre.

Les deux patient·e·s ayant le plus évolué (P1 et P2) sont les deux patient·e·s les plus jeunes. Ainsi, il est possible de se poser la question d'un effet de l'âge, avec un effet plus important de ce type d'intervention chez les patient·e·s les plus jeunes. Il serait intéressant d'évaluer ce potentiel effet de l'âge dans une future étude. Toutefois, il a été vu que des variables intra-individuelles intervenaient pour P3 et que P4 avait déjà peu de difficultés avant l'intervention. Par ailleurs, P1 et P2 débutaient l'improvisation alors que P3 et P4 en avait déjà fait l'année passée. Il pourrait donc exister un effet plafond après un certain nombre de séances.

Il pourrait être envisagé, dans le cadre d'une prochaine étude, de mettre en place une intervention plus intensive, par exemple une fois par semaine, afin de voir si l'efficacité est plus importante. De même, il serait intéressant d'étudier les effets sur un plus grand nombre de séances et/ou avec plus de patient·e·s. Lors d'une prochaine étude à plus grande échelle, il serait également avantageux d'ajouter un groupe contrôle constitué de patient·e·s qui ne

suivent que la prise en soin individuelle. D'autre part, il serait envisageable de créer un groupe de patient·e·s qui ne suivraient que la prise en soin de groupe d'improvisation théâtrale, peut-être est-elle suffisante ? Enfin, dans une prochaine étude, il faudrait réfléchir à un critère d'exclusion lorsque les sujets sont dans un état de dépression sévère.

## **V Conclusion**

Ce mémoire visait à mettre en évidence de possibles bénéfices de l'utilisation de l'improvisation théâtrale dans les prises en soin de groupe des PAQB. Quatre adolescent·e·s ont accepté de participer à l'étude et ont rempli des questionnaires avant la première séance ainsi qu'à la fin de la neuvième et dernière séance. Ces questionnaires visaient à évaluer leurs compétences et comportements en communication, leur qualité de vie et leur appréciation et ressentis sur les séances. Une amélioration de la communication et de la qualité de vie était visible chez deux des patient·e·s, un·e patient·e a légèrement progressé sur ces mêmes aspects et un·e patient·e a plutôt évolué négativement dans ces deux domaines. Cette évolution négative semblait impactée par une dépression sévère, ce qui suggère qu'une prise en soin de groupe en improvisation théâtrale n'est pas adaptée aux patient·e·s avec une dépression sévère. Toutefois, un·e autre participant·e qui avait une dépression modérée avant l'intervention, n'était plus dans un état de dépression à la fin de l'intervention, ce qui a également été confirmé par les données de la littérature. Ainsi ce type d'intervention serait plutôt préconisé pour des patient·e·s avec une dépression modérée ou légère ou encore sans dépression. Les résultats de ce mémoire encouragent donc à généraliser la pratique de l'improvisation théâtrale dans les prises en soin de groupe d'adolescents qui bégaiant. Il serait néanmoins utile de réaliser une étude avec un groupe contrôle et davantage de sujets afin d'objectiver et de vérifier la significativité des résultats obtenus.

## VI Références

- Adriaensens, S., Beyers, W., & Struyf, E. (2015). Impact of stuttering severity on adolescents' domain-specific and general self-esteem through cognitive and emotional mediating processes. *Journal of Communication Disorders*, 58, 43-57.  
<https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2015.10.003>
- Ameli. (2023). *Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)*.  
<https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/NGAP-23032023-VF.pdf>
- Andrews, G., & Cutler, J. (1974). Stuttering Therapy : The Relation between Changes in Symptom Level and Attitudes. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 39(3), 312-319.  
<https://doi.org/10.1044/jshd.3903.312>
- Barrier, G. (2017). *La communication non verbale : Comprendre les gestes : perception et signification Ed. 8*.
- Becerril-Maillefert, C. (2013). *Le psychodrame : L'histoire, la méthode, les techniques pour explorer votre processus psychique au moyen de scénarios improvisés*. Eyrolles.  
<http://unr.ra.scholarvox.com/book/88816587>
- Blondé, M. (2021). *Effets de l'improvisation théâtrale sur les compétences narratives des adolescents*.
- Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D., Boyer, P., Pull, C.-B., & Pull-Erpelding, M.-C. (2015). *DSM-5® : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (BU Lyon Sud WM 141 DSM; 5e édition). Elsevier Masson.
- Davis, S., Howell, P., & Cooke, F. (2002). Sociodynamic relationships between children who stutter and their non-stuttering classmates. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(7), 939-947. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00093>
- Erickson, R. L. (1969). Assessing Communication Attitudes Among Stutterers. *Journal of Speech and Hearing Research*, 12(4), 711-724. <https://doi.org/10.1044/jshr.1204.711>

- Felsman, P., Seifert, C. M., & Himle, J. A. (2019). The use of improvisational theater training to reduce social anxiety in adolescents. *The Arts in Psychotherapy*, 63, 111-117. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.12.001>
- Felsman, P., Seifert, C. M., Sinco, B., & Himle, J. A. (2023). Reducing social anxiety and intolerance of uncertainty in adolescents with improvisational theater. *The Arts in Psychotherapy*, 82, 101985. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2022.101985>
- Gagnon, R., Gaillard, S., Gilles, V., Jenni, M., & Vizetti, L. (2018). *De l'improvisation théâtrale à la didactique du français. Improviser, explorer, apprendre.* <https://orfee.hepl.ch/handle/20.500.12162/3462>
- Galis, F. (2020). *Groupe thérapeutique et bégaiement : Apports de l'improvisation théâtrale au sein d'un groupe d'adultes qui bégaiant.*
- Gambrill, E. D., & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6(4), 550-561. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(75\)80013-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(75)80013-X)
- Guénoun, T. (2016). Médiation thérapeutique par l'improvisation théâtrale. *Adolescence*, 341(1), 117-128.
- Hainselin, M., Quillico, M., & Parking, G. (2017). L'improvisation théâtrale : Une pédagogie de l'expérimentation. *Les Cahiers Pédagogiques*.
- Hainselin, M., Wever, J. de, Gounden, Y., & Gignon, M. (2021). L'improvisation neuropsychologique : Une inconnue à découvrir entre formation et recherche. *Revue de neuropsychologie*, 13(1), 10-12.
- Iverach, L., Jones, M., O'Brian, S., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., Hewat, S., Cream, A., Menzies, R. G., Packman, A., & Onslow, M. (2009). The relationship between mental health disorders and treatment outcomes among adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 34(1), 29-43. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.02.002>
- Karahan Tığrak, T., Kulak Kayıkçı, M. E., Kirazlı, M. Ç., & Tığrak, A. (2021). Emotional and behavioural problems of children and adolescents who stutter : Comparison with typically developing peers. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 46(4), 186-192. <https://doi.org/10.1080/14015439.2020.1855472>

- Klompas, M., & Ross, E. (2004). Life experiences of people who stutter, and the perceived impact of stuttering on quality of life: Personal accounts of South African individuals. *Journal of Fluency Disorders*, 29(4), 275-305. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2004.10.001>
- Koedoot, C., Bouwmans, C., Franken, M.-C., & Stolk, E. (2011). Quality of life in adults who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 44(4), 429-443. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2011.02.002>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Krueger, K. R., Murphy, J. W., & Bink, A. B. (2017). Thera-prov: A pilot study of improv used to treat anxiety and depression. *Journal of Mental Health*, 28(6), 621-626. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340629>
- Laszlo, É. (2011). Des mots qui mordent. *Gestalt*, 39(1), 109-123.
- Leplège, A. (1999). *Les Mesures de la qualité de vie*. Presses universitaires de France.
- Martins, I. P., Vieira, R., Loureiro, C., & Santos, M. E. (2007). Speech Rate and Fluency in Children and Adolescents. *Child Neuropsychology*, 13(4), 319-332. <https://doi.org/10.1080/09297040600837370>
- Monfrais-Pfauwadel, M.-C. (2014). *Bégaiement, bégaiements*. Solal.
- OMS. (2023, mars 21). *Santé des adolescents*. Organisation Mondiale de la santé. [https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1)
- Onslow, M. (2020). *Stuttering and its' treatment: Eleven lectures*.
- Pavis, P., & Ubersfeld, A. (2019). *Dictionnaire du théâtre*. Armand Colin. <http://unr.ra.scholarvox.com/book/88921724>
- Perez, H. R., & Stoeckle, J. H. (2016). Le bégaiement: Mise à jour clinique et de la recherche. *Canadian Family Physician*, 62(6), e297-e303.
- Phelps, M., White, C., Xiang, L., & Swanson, H. I. (2021). Improvisation as a Teaching Tool for Improving Oral Communication Skills in Premedical and Pre-Biomedical Graduate Students.

- Journal of Medical Education and Curricular Development*, 8, 23821205211006412.  
<https://doi.org/10.1177/23821205211006411>
- Piérart, B. (2013). Les bégaiements de l'enfant. *Enfance*, 3(3), 201-205.  
<https://doi.org/10.3917/enf1.133.0201>
- Piérart, B. (2018). Chapitre 12. Évaluer un bégaiement. Aspects cognitif et affectif. In *Neuropsychologie du bégaiement* (p. 182-187). Mardaga.
- Pitarque, S. (2018). Dramathérapie pour enfants autistes : Les appuis théoriques. *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, 97(1), 83-99.
- Schmits, E., Heeren, A., & Quertemont, E. (2014). The self-report Version of the LSAS-CA: Psychometric Properties of the French Version in a non-clinical adolescent sample. *Psychologica Belgica*, 54, 181-198. doi: <http://dx.doi.org/10.5334/pb.al>
- Simon, A.-M. (2015). *Groupes thérapeutiques pour adultes et adolescents qui bégaiement : Partage d'une expérience*. Ortho édition.
- Simon, A.-M., & Jouan, H. (2004). Adolescence et bégaiement. *L'ORTHOPHONISTE*, 241, 19-26.
- Smith, A., & Weber, C. (2017). How Stuttering Develops : The Multifactorial Dynamic Pathways Theory. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60(9), 2483-2505.  
[https://doi.org/10.1044/2017\\_JSLHR-S-16-0343](https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-0343)
- Smith, K. A., Iverach, L., O'Brian, S., Kefalianos, E., & Reilly, S. (2014). Anxiety of children and adolescents who stutter : A review. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 22-34.  
<https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2014.01.003>
- Vanryckeghem, M., & Brutten, G. J. (1997). The Speech-Associated Attitude of Children Who Do and Do Not Stutter and the Differential Effect of Age. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6(4), 67-73. <https://doi.org/10.1044/1058-0360.0604.67>
- Vanryckeghem, M., & Brutten, G. J. (2011). The BigCAT : A normative and comparative investigation of the communication attitude of nonstuttering and stuttering adults. *Journal of Communication Disorders*, 44(2), 200-206. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2010.09.005>
- Yairi, E., & Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering : 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38(2), 66-87. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.11.002>

Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2010). *Overall Assessment of the Speaker's Experience Stuttering (OASES)*. Bloomington, MN: Pearson Assessments.

## I Annexes

### Sommaire des annexes :

Annexe A : Réponses au questionnaire visant à évaluer l'inconfort dans différentes situations de communication (Gambrill, 1975).

Annexe B : Réponses au questionnaire créé

Annexe C : Réponses à l'échelle modifiée des attitudes de communication d'Erickson (Andrews & Cutler, 1974)

Annexe D : Scores de chaque patient-e au PHQ9 avant et après intervention

Annexe E : Résultats au questionnaire de satisfaction sur les séances d'improvisation.

Annexe F : Scores à la LSAS-CA pour P1 et P4

Annexe G : Scores d'impact du bégaiement à l'OASES de P1 et P4

Annexe H : Compétences évaluées par les questionnaires présentés en pré et post-intervention

Annexe I : Exercices proposés pendant les séances et compétences travaillées

Annexe J : Présence des patient-e-s aux groupes



**Annexe A : Réponses au questionnaire visant à évaluer l'inconfort dans différentes situations de communication (Gambrill, 1975).**

N.B : Les cases en vert indiquent une évolution favorable, les cases en rouge indiquent une évolution défavorable entre avant et après les séances d'improvisation. Lorsque la-le patient-e a donné la même réponse en pré et post séances d'improvisation, le score est indiqué seul. Les chiffres précédés d'un signe indiquent le nombre de cases de décalage entre le pré et le post test. Le signe moins (-), le degré d'inconfort diminue (ce qui est positif), et lorsqu'il est précédé du signe plus (+), le degré d'inconfort a augmenté entre le début et la fin des séances d'improvisation. Les réponses possibles étaient « Pas d'inconfort, Peu d'inconfort, Beaucoup d'inconfort, Enormément d'inconfort ». Ainsi +2 avec un pré test sur « pas d'inconfort » indique une gradation de deux points dans l'inconfort, ce qui donne une réponse en pré test de « Beaucoup d'inconfort ».

Les réponses sont données sous la forme (réponse pré → réponse post intervention).

**Tableau 1**

*Degré d'inconfort dans certaines situations de communication*

	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>
<b>Score total Gambrill</b> pré → post	12 → 9	10 → 9	6 → 9	1 → 0
Faire un compliment à un ami.	-2 (beaucoup → pas d'inconfort)	0 (pas d'inconfort, stable)	+1 (pas → peu d'inconfort)	0 (pas d'inconfort, stable)
Demander un service	1 (peu d'inconfort, stable)	1 (peu d'inconfort, stable)	1 (peu d'inconfort, stable)	0 (pas d'inconfort, stable)
Dire à un proche quand il/elle dit ou fait quelque chose qui te dérange	-2 (beaucoup → pas d'inconfort)	+1 (pas → peu d'inconfort)	0 (pas d'inconfort, stable)	0 (pas d'inconfort, stable)
Demander une critique constructive	1 (peu d'inconfort, stable)	1 (peu d'inconfort, stable)	0 (pas d'inconfort, stable)	-1 (Peu → pas d'inconfort)
Dire à quelqu'un que tu l'apprécies	+1	+1	+1	0 (pas d'inconfort, stable)

	(peu → beaucoup d'inconfort)	(peu → beaucoup d'inconfort)	(peu → beaucoup d'inconfort)	
Exprimer une opinion différente de celle de ton interlocuteur	1 (peu d'inconfort, stable)	-1 (peu → pas d'inconfort)	0 (pas d'inconfort, stable)	0 (pas d'inconfort, stable)
Recevoir des compliments	-2 (Beaucoup → pas d'inconfort)	1 (peu d'inconfort, stable)	-1 (énormément → beaucoup d'inconfort)	0 (pas d'inconfort, stable)
Demander à une personne qui t'embête en public d'arrêter	+2 (pas → beaucoup d'inconfort)	-2 (Beaucoup → pas d'inconfort)	0 (pas d'inconfort, stable)	0 (pas d'inconfort, stable)
Continuer à discuter avec quelqu'un qui n'est pas d'accord avec toi	1 (peu d'inconfort, stable)	1 (peu d'inconfort, stable)	+1 (peu → beaucoup d'inconfort)	0 (pas d'inconfort, stable)
Poser une question personnelle	1 (peu d'inconfort, stable)	2 (beaucoup d'inconfort, stable)	1 (peu d'inconfort, stable)	0 (pas d'inconfort, stable)

## Annexe B : Réponses au questionnaire créé

N.B : Les cases en vert indiquent une évolution favorable, les cases en rouge indiquent une évolution défavorable entre avant et après les séances d'improvisation. Lorsqu'une seule réponse est donnée, cela signifie que la·le patient·e a donné la même réponse avant et après les séances d'improvisation. Sinon, la présentation est sous la forme « réponse pré → réponse post ». Les réponses possibles étaient : Jamais, Parfois, Souvent, Tout le temps.

**Tableau 2**

*Réponses aux questions créées sur la communication*

	P1	P2	P3	P4
Je rajoute des éléments dans mon discours que je pense inutiles	Jamais	Parfois	Tout le temps → souvent	Jamais
J'ai envie d'aller vers les gens	Parfois	Parfois	Souvent	Parfois
J'évite certaines personnes	Parfois → jamais	Parfois	Tout le temps → souvent	Jamais
Je prends part aux conversations en famille	Souvent	Parfois → Souvent	Jamais → Parfois	Souvent → Jamais
Je dis ce que je pense à mes proches	Tout le temps → souvent	Parfois → Souvent	Tout le temps → souvent	Tout le temps → Souvent
J'utilise mon corps pour faire passer mon message	Parfois → Jamais	Parfois	Tout le temps	Jamais
Je me sens libre de dire ce que j'ai envie de dire	Parfois → souvent	Parfois	Souvent → Parfois	Tout le temps
J'utilise des expressions faciales pour faire passer mon message	Parfois → Jamais	Parfois	Tout le temps	Jamais → parfois

Je prends en compte le langage corporel de mon interlocuteur	Parfois	Souvent → Tout le temps	Tout le temps → souvent	Parfois → Jamais
Je prends en compte les mimiques du visage de mon interlocuteur	Jamais → Parfois	Parfois → Souvent	Tout le temps	Parfois → Jamais
J'ai du mal à organiser mes idées ou mes phrases	Parfois → Jamais	Souvent	Tout le temps	Jamais
J'ai l'impression que ma voix est monotone	Parfois → Jamais	Parfois	Souvent → Parfois	Jamais
Ma vitesse de parole est inadaptée	Parfois → Jamais	Parfois → Souvent	Parfois → Souvent	Jamais
J'évite les mots sur lesquels je risque de bégayer	Parfois → Jamais	Souvent	Parfois	Parfois → Jamais
On me reproche parfois de ne pas écouter mon interlocuteur	Jamais	Parfois → Souvent	Jamais → Tout le temps	Jamais

**Annexe C : Réponses à l'échelle modifiée des attitudes de communication  
d'Erickson (Andrews & Cutler, 1974)**

N.B : Les cases en vert indiquent une évolution favorable, les cases en rouge indiquent une évolution défavorable entre avant et après les séances d'improvisation.

Le signe + fait état d'une évolution positive entre les réponses données avant les séances d'improvisation et celles données à la fin. Le signe – fait état d'une évolution négative. Le signe = signifie que les réponses sont les mêmes avant et après.

Entre parenthèses se trouve d'abord la réponse donnée avant les séances (pré), puis la réponse donnée à la fin (post) ; sous la forme suivante : (réponse avant → réponse après). V = Vrai ; F= Faux.

**Tableau 3**

*Réponses à l'échelle modifiée des attitudes de communication d'Erickson (Andrews & Cutler, 1974)*

	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>
<b>Score total Erickson</b> pré → post	14 → 9	21 → 16	18 → 17	6 → 5
Je crois habituellement donner une bonne impression quand je parle	= (V)	= (F)	+ (F → V)	= (V)
Je trouve cela facile de parler avec la plupart des gens	= (V)	+ (F → V)	= (F)	= (V)
Je trouve cela très facile de regarder l'auditoire lorsque je m'adresse à un groupe	- (V → F)	= (F)	= (F)	+ (F → V)
Je trouve cela difficile de parler avec mon professeur ou mon patron	= (F)	= (V)	= (V)	+ (V → F)
Juste l'idée d'avoir à m'adresser à un groupe me fait peur	= (V)	= (V)	- (F → V)	= (F)

Pour moi certains mots sont plus difficiles que d'autres à dire	+ (V → F)	= (V)	= (V)	= (V)
Je m'oublie dès que je commence à donner un discours	= (F)	= (F)	= (F)	= (F)
Je suis sociable et je m'intègre bien à un groupe	= (V)	+ (F → V)	- (V → F)	= (V)
Parfois les gens semblent mal à l'aise quand je leur parle	= (F)	= (V)	= (F)	= (F)
Je n'aime pas devoir présenter une personne à une autre	= (F)	- (F → V)	= (V)	= (F)
Je pose souvent des questions lors d'une discussion en groupe	= (F)	+ (F → V)	+ (F → V)	+ (F → V)
Je trouve cela facile de contrôler ma voix quand je parle	+ (F → V)	= (F)	= (F)	- (V → F)
Cela ne me dérange pas de parler devant un groupe	= (F)	= (F)	+ (F → V)	- (V → F)
Je ne parle pas assez bien pour faire le genre de travail que j'aimerais vraiment faire	= (F)	+ (V → F)	+ (V → F)	= (F)
Ma voix est plutôt agréable et facile à écouter	= (V)	= (F)	= (F)	= (V)
La façon dont je parle me gêne parfois	+ (V → F)	= (V)	= (V)	= (F)
J'affronte avec grande confiance la plupart	+ (F → V)	= (V)	- (V → F)	= (V)

des situations où je dois parler				
Il y a quelques personnes avec qui je parle très facilement	= (V)	= (V)	= (V)	= (V)
Je parle mieux que j'écris	- (V → F)	+ (F → V)	= (V)	= (V)
Je me sens souvent nerveux en parlant	+ (V → F)	+ (V → F)	= (V)	= (F)
Je trouve difficile de faire la conversation quand je rencontre de nouvelles personnes	= (V)	= (V)	= (F)	= (F)
J'ai assez confiance en ma façon de parler	+ (F → V)	= (V)	= (F)	= (V)
J'aimerais pouvoir m'exprimer aussi clairement que les autres	= (V)	= (V)	= (V)	= (F)
Même si je connaissais la bonne réponse, il m'est souvent arrivé de ne pas la donner par peur de parler	+ (V → F)	= (V)	= (V)	= (F)

### Annexe D : Scores de chaque patient·e au PHQ9 avant et après intervention

N.B : Les cases en vert indiquent une amélioration des scores en post-intervention, et donc de l'état de dépression des patient·e-s, la case en rouge indique une dégradation de l'état de dépression de la ou du patient·e.

**Tableau 4**

*Scores en pré et post-intervention des patient·e-s évaluant l'état de dépression*

	<b>Pré</b>	<b>Post</b>
<b>P1</b>	4 (Pas de dépression)	2 (Pas de dépression)
<b>P2</b>	10 (Dépression modérée)	4 (Pas de dépression)
<b>P3</b>	18 (Dépression modérément sévère)	20 (Dépression sévère)
<b>P4</b>	0 (Pas de dépression)	0 (Pas de dépression)



**Annexe E : Résultats au questionnaire de satisfaction sur les séances  
d'improvisation.**

**Tableau 5**

*Résultats au questionnaire de satisfaction sur les séances d'improvisation.*

	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>	<b>P4</b>
J'ai apprécié les séances d'improvisation théâtrale	Je ne sais pas	Beaucoup	Un peu	Je ne sais pas
Je me suis senti.e de plus en plus à l'aise au fil des séances	Un peu	Beaucoup	Un peu	Je ne sais pas
L'improvisation m'a permis d'améliorer ma communication	Un peu	Un peu	Un peu	Je ne sais pas
L'improvisation a diminué mon niveau d'anxiété	Pas du tout	Beaucoup	Pas du tout	Pas du tout/un peu
Je pense que l'improvisation m'a aidé.e à améliorer ma répartie	Pas du tout	Un peu	Un peu	Je ne sais pas
Je pense m'être amélioré.e en improvisation théâtrale	Un peu	Un peu	Un peu	Je ne sais pas
Le groupe d'improvisation a répondu à mes attentes	Un peu	Un peu	Un peu	Je ne sais pas
Je n'ai pas vu d'amélioration dans mon quotidien depuis que je fais de l'improvisation	Pas du tout	Pas du tout	Un peu	Je ne sais pas
Pendant le groupe, j'ai pu mettre en pratique des techniques apprises en prise en soin individuelle	Un peu	Un peu	Beaucoup	Je ne sais pas

J'ai pu réutiliser des aptitudes travaillées en groupe dans mon quotidien	Pas du tout	Je ne sais pas	Beaucoup	Je ne sais pas
Je souhaite refaire de l'improvisation théâtrale plus tard dans ma vie	Pas du tout	Je ne sais pas	Pas du tout	Un peu
Qu'est ce que l'improvisation m'a apporté ?	Communiquer mieux avec les personnes de mon entourage.	Ça m'a aidé à avoir confiance en moi.	Elle m'a appris à être plus spontanée, à dire les choses sans réfléchir.	Elle m'a apporté beaucoup de confiance et de fluidité dans ma parole.

## Annexe F : Scores à la LSAS-CA pour P1 et P4

La présentation prend la forme score pré → score post. Quand il n'y a qu'un score indiqué, la réponse est la même en pré et post-intervention.

**Tableau 6**

*Scores à l'échelle d'anxiété sociale et d'évitements LSAS-CA*

	P1		P4	
Score total anxiété	58 → 48		4 → 1	
Score total évitements	43 → 36		3 → 0	
Sous score anxiété situation de performance	25 → 23		2 → 1	
Sous score évitements situations de performance	21 → 18		1 → 0	
Sous-score anxiété situation d'interactions sociales	33 → 25		2 → 0	
Sous-scores évitements situations d'interactions sociales	22 → 18		2 → 0	
Questions sur les situations d'interaction sociale				
	P1		P4	
	Anxiété	Evitements	Anxiété	Evitements
Parler à tes camarades de classe ou à d'autres personnes au téléphone.	3 → 2 (Sévère → moyenne)	1 (Occasionnel)	0 (Aucune)	0 (Jamais)
Demander de l'aide à un adulte que tu ne connais pas bien, comme un employé de magasin, un directeur ou un policier (par exemple pour demander ton chemin ou t'expliquer quelque chose que tu ne comprends pas).	2 (Moyenne)	2 (Fréquent)	1 → 0 (Légère → aucune)	1 → 0 (Occasionnel → Jamais)
Aller à des fêtes, des soirées dansantes, ou activités scolaires	2 → 1 (Moyenne → Légère)	0 (Jamais)	0 (Aucune)	0 (Jamais)

Parler avec d'autres jeunes que tu ne connais pas bien	3 (Sévère)	2 (Fréquent)	0 (Aucune)	0 (Jamais)
Commencer une conversation avec des gens que tu ne connais pas bien.	3 (Sévère)	2 → 3 (Fréquent → Habituel)	1 → 0 (Légère → aucune)	1 → 0 (Occasionnel → Jamais)
Être le centre d'attention (par exemple ta propre fête d'anniversaire).	2 (Moyenne)	1 (Occasionnel)	0 (Aucune)	0 (Jamais)
Dire « non » aux autres quand ils te demandent de faire quelque chose que tu ne veux pas faire (comme t'emprunter quelque chose ou regarder tes devoirs).	3 → 2 (Sévère → moyenne)	3 → 2 (Habituel → Fréquent)	0 (Aucune)	0 (Jamais)
Dire à d'autres que tu es en désaccord ou que tu es en colère contre eux.	3 → 2 (Sévère → moyenne)	3 → 2 (Habituel → Fréquent)	0 (Aucune)	0 (Jamais)
Regarder des gens que tu ne connais pas bien dans les yeux.	3 (Sévère)	3 → 2 (Habituel → Fréquent)	0 (Aucune)	0 (Jamais)
Rapporter quelque chose dans un magasin (par exemple pour l'échanger).	3 → 2 (Sévère → moyenne)	0 → 2 (Jamais → fréquent)	0 (Aucune)	0 (Jamais)
Rejoindre un club ou une organisation	3 → 2 (Sévère → moyenne)	2 → 1 (Fréquent → Occasionnel)	0 (Aucune)	0 (Jamais)
Rencontrer de nouvelles personnes ou des étrangers	3 → 1 (Sévère → légère)	3 → 1 (Habituel → Occasionnel)	0 (Aucune)	0 (Jamais)
<b>Questions sur les situations de performance</b>				
Participer à des groupes de travail en classe.	2 → 1 (Moyenne → légère)	0 → 1 (Jamais → Occasionnel)	0 (Aucune)	0 (Jamais)
Manger devant les autres (par exemple à la cafétéria de l'école, au restaurant)	0 (Aucune)	0 (Jamais)	0 (Aucune)	0 (Jamais)

Faire un rapport oral ou une présentation en classe (par exemple un exposé).	3 (Sévère)	1 → 3 (Occasionnel → habituel)	0 (Aucune)	0 (Jamais)
Ecrire au tableau ou devant d'autres personnes.	3 → 1 (Sévère → légère)	1 (Occasionnel)	0 (Aucune)	0 (Jamais)
Utiliser les toilettes publiques ou celles de l'école	0 → 1 (Aucune → légère)	0 → 1 (Jamais → occasionnel)	1 stable	1 → 0 (Occasionnel → Jamais)
Entrer dans une classe ou dans un autre endroit (par exemple l'église, la cafétéria) quand d'autres personnes sont déjà assises.	1 → 2 (Légère → moyenne)	2 (Fréquent)	0 (Aucune)	0 (Jamais)
Poser des questions en classe	2 (Moyenne)	2 (Fréquent)	0 (Aucune)	0 (Jamais)
Répondre à des questions en classe.	3 (Sévère)	3 → 2 (Habituel → fréquent)	0 (Aucune)	0 (Jamais)
Lire à haute voix en classe.	3 (Sévère)	3 → 2 (Habituel → fréquent)	0 (Aucune)	0 (Jamais)
Passer des tests.	2 (Moyenne)	3 → 1 (Habituel)	0 (Aucune)	0 (Jamais)
Pratiquer un sport ou réaliser une performance devant d'autres personnes (par exemple, cours de gymnastique, spectacle à l'école, concert musical).	3 (Sévère)	3 → 2 (Habituel → fréquent)	0 (Aucune)	0 (Jamais)
Demander à un professeur la permission de quitter la classe (comme pour aller à la toilette ou à l'infirmierie).	3 → 2 (Sévère → fréquent)	3 → 1 (Habituel → Occasionnel)	1 → 0 (Légère → aucune)	0 (Jamais)

### Annexe G : Scores d'impact du bégaiement à l'OASES de P1 et P4

Les scores présentés sont les scores d'impact (de 1 à 5), avec entre parenthèses le taux d'impact.

**Tableau 7**

*Scores d'impact du bégaiement sur la communication et la vie quotidienne selon l'OASES*

	P1		P4	
	Pré	Post	Pré	Post
<b>Informations générales</b>	3,47 (modéré-sévère)	2,7 (Modéré)	1,4 (Léger)	1,33 (Léger)
<b>Réactions par rapport au bégaiement</b>	1,6 (Léger-modéré)	1,4 (Léger)	1,36 (Léger)	1,2 (Léger)
<b>Communication quotidienne</b>	2,87 (Modéré)	2,47 (Modéré)	1,6 (Léger-Modéré)	1,35 (Léger)
<b>Qualité de vie</b>	1,8 (Léger-modéré)	1,2 (Léger)	1,05 (Léger)	1,15 (Léger)
<b>Impact total</b>	2,42 (Modéré)	1,97 (Léger-modéré)	1,35 (Léger)	1,25 (Léger)

**Annexe H : Compétences évaluées par les questionnaires présentés en pré et post-intervention**

**Tableau 8**

*Compétences évaluées par les questionnaires présentés en pré et post-intervention*

	<b>Communication</b>	<b>Comportements</b>	<b>Personnalité/qualité de vie</b>
<b>Echelle de Gambrill : degré d'inconfort/d'anxiété face à des situations de la vie quotidienne</b>			
Faire un compliment à un ami.		Spontanéité	Confiance en soi, anxiété sociale
Demander un service	Organisation du discours	Lâcher-prise	Affirmation de soi, anxiété sociale
Dire à un proche quand il/elle dit ou fait quelque chose qui te dérange	Organisation du discours	Spontanéité	Affirmation de soi, anxiété sociale
Demander une critique constructive		Ecoute de l'autre	Confiance et estime de soi, anxiété, gestion des émotions
Dire à quelqu'un que tu l'apprécies	Organisation du discours, prosodie	Lâcher-prise, spontanéité	Confiance en soi, gestion des émotions, Anxiété sociale
Exprimer une opinion différente de celle de ton interlocuteur	Organisation du discours	Ecoute de l'autre	Affirmation de soi
Recevoir des compliments		Adaptation aux situations, spontanéité	Confiance en soi, estime de soi Anxiété sociale
Demander à une personne qui t'embête en public d'arrêter	Prosodie, répartie, contact oculaire	Spontanéité, adaptation à la situation	Affirmation de soi, gestion des émotions Anxiété sociale
Continuer à discuter avec quelqu'un qui n'est pas d'accord avec toi	Organisation du discours, répartie, contact oculaire	Ecoute de l'autre	Affirmation de soi
Poser une question personnelle	Contact oculaire	Lâcher prise, écoute de l'autre	Confiance en soi

### Questions créées sur la communication

Je rajoute des éléments dans mon discours que je pense inutiles	Evitements, pauses remplies (ex « euh »)		
J'ai envie d'aller vers les gens			Anxiété sociale, confiance en soi
J'évite certaines personnes		Evitements de situations	Confiance en soi, anxiété sociale
Je prends part aux conversations en famille		Spontanéité, écoute de l'autre	Affirmation de soi
Je dis ce que je pense à mes proches		Spontanéité	Affirmation de soi
J'utilise mon corps pour faire passer mon message	Gestuelle		
Je me sens libre de dire ce que j'ai envie de dire		Spontanéité	Confiance en soi, anxiété sociale
J'utilise des expressions faciales pour faire passer mon message	Gestuelle		
Je prends en compte le langage corporel de mon interlocuteur	Prise en compte du paraverbal		
Je prends en compte les mimiques du visage de mon interlocuteur	Prise en compte du paraverbal/non verbal	Ecoute de l'autre	
J'ai du mal à organiser mes idées ou mes phrases	Organisation du discours		
J'ai l'impression que ma voix est monotone	Prosodie		Confiance en soi
Ma vitesse de parole est inadaptée	Prosodie/rythme		
J'évite les mots sur lesquels je risque de bégayer	Evitement de mots		Confiance en soi
On me reproche parfois de ne pas écouter mon interlocuteur		Ecoute de l'autre, Attention	



### Echelle modifiée des attitudes de communication d'Erickson

Je crois habituellement donner une bonne impression quand je parle			Confiance en soi, estime de soi, anxiété sociale
Je trouve cela facile de parler avec la plupart des gens		Spontanéité	Anxiété sociale
Je trouve cela très facile de regarder l'auditoire lorsque je m'adresse à un groupe	Contact oculaire		Anxiété sociale
Je trouve cela difficile de parler avec mon professeur ou mon patron		Adaptation aux situations	Affirmation de soi
Juste l'idée d'avoir à m'adresser à un groupe me fait peur			Anxiété sociale
Pour moi certains mots sont plus difficiles que d'autres à dire	Evitement de mots		
Je m'oublie dès que je commence à donner un discours	Organisation du discours		Confiance en soi, affirmation de soi
Je suis sociable et je m'intègre bien à un groupe		Adaptations aux situations	Anxiété sociale
Parfois les gens semblent mal à l'aise quand je leur parle			Anxiété sociale, confiance en soi, émotions
Je n'aime pas devoir présenter une personne à une autre	Organisation du discours	Evitement de situation, spontanéité	Anxiété sociale, affirmation de soi
Je pose souvent des questions lors d'une discussion en groupe		Spontanéité	Affirmation de soi, anxiété sociale
Je trouve cela facile de contrôler ma voix quand je parle	Prosodie		Gêne

Cela ne me dérange pas de parler devant un groupe	Contact oculaire, organisation du discours		Anxiété sociale
Je ne parle pas assez bien pour faire le genre de travail que j'aimerais vraiment faire			Confiance en soi, anxiété, impact sur les choix professionnels
Ma voix est plutôt agréable et facile à écouter	Prosodie		Confiance en soi
La façon dont je parle me gêne parfois	Prosodie, rythme		Anxiété sociale, confiance en soi, gêne
J'affronte avec grande confiance la plupart des situations où je dois parler		Adaptation aux situations	Confiance en soi, anxiété sociale
Il y a quelques personnes avec qui je parle très facilement		Lâcher prise, écoute de l'autre	Confiance en soi, confiance en l'autre
Je parle mieux que j'écris			
Je me sens souvent nerveux en parlant			Anxiété sociale
Je trouve difficile de faire la conversation quand je rencontre de nouvelles personnes		Spontanéité	Anxiété sociale
J'ai assez confiance en ma façon de parler			Confiance en soi
J'aimerais pouvoir m'exprimer aussi clairement que les autres			Confiance en soi
Même si je connaissais la bonne réponse, il m'est souvent arrivé de ne pas la donner par peur de parler		Lâcher prise	Anxiété sociale, affirmation de soi

## Annexe I : Exercices proposés pendant les séances et compétences travaillées

**Tableau 9**

*Exercices proposés pendant les séances et compétences travaillées*

Nom de l'exercice	Description	Compétences mises en jeu
Prénom avec geste associé + « j'ai foiré »	Les participant·e·s se mettent en cercle, chacun·e dit son prénom en associant un geste. Quand tout le monde a dit son prénom, chacun·e doit redire les prénoms de tout le monde dans l'ordre assez rapidement avec le geste associé. Si la personne se trompe, elle crie « J'ai foiré !! » et tout le monde l'applaudit.	Ecoute de l'autre, confiance en soi, gestion de la frustration, acceptation de l'erreur, lâcher-prise, pression temporelle.
Marche expressive, stop and go	Le but est de marcher à la manière d'un personnage ou d'un animal, puis se saluer en restant dans son personnage.	Prise en compte de l'autre, créativité, contact visuel, affirmation de soi.
Ballons de couleurs et émotions	Les participant·e·s s'envoient un ballon de couleur imaginaire contenant une émotion, la personne qui reçoit le ballon de couleur doit mimer l'émotion en le recevant, puis le renvoyer à quelqu'un d'autre.	Contact visuel, expression des émotions, attention à l'autre, créativité.
Bopbilobopbop	Les participant·e·s sont en cercle, une personne (P) est au milieu du cercle et va aller se placer devant quelqu'un (Q) en disant soit « bopbilobopbop », auquel cas Q doit répondre « bop » avant que P ait fini sa phrase, soit P dit « bop » et Q doit	Impulsivité, écoute, attention à l'autre, confiance en soi, tour de parole, rapidité, inhibition, contact visuel, prise en compte de l'interlocuteur, pression temporelle, acceptation de l'erreur.

	se taire. Si Q n'est pas assez rapide pour dire « bop » avant la fin du « boplibopbop », ou s'il parle pendant que P dit « bop », Q prend la place de P au centre.	
Tu me prêtes ta maison	En cercle, avec une personne au centre qui va voir une personne et lui dit « tu me prêtes ta maison ? ». La personne doit alors inventer une excuse pour dire non.	Créativité, imagination, spontanéité, tour de parole, pression temporelle, répartie, organisation du discours, prosodie, contact visuel, adaptation aux situations, affirmation de soi.
C'est génial !	Improvisation de 2 personnes : une qui propose une action et l'autre doit accepter « mais oui c'est génial ! » et jouer ensemble.	Bases de l'improvisation, acceptation, créativité, répartie, organisation du discours, adaptation à l'autre.
Exagération	Improviser une action en la faisant de plus en plus exagérément, par exemple « jouer au tennis, du débutant au champion du monde ».	Créativité, imagination, adaptation à la situation, spontanéité, lâcher-prise.
Diaporama	Deux personnes inventent une histoire et les autres doivent prendre une pose figée, enchaînement de scènes immobiles, comme des photos.	Créativité, imagination, organisation du discours, adaptation aux autres, spontanéité, contact visuel, lâcher-prise, écoute de l'autre.
Jeu des animaux avec leurs statuts	Chaque personne incarne un animal avec des statuts différents (ex : gorille/coccinelle) et les animaux vont se rencontrer et se présenter. Les statuts peuvent s'inverser.	Affirmation de soi, confiance en soi, prosodie, intensité vocale, contact visuel, créativité, rencontrer et se présenter.

Doublage américain	Plusieurs personnes improvisent une scène en faisant semblant de parler (comme du cinéma muet) et d'autres doivent inventer les dialogues en leur prêtant leur voix.	Imagination, prosodie, modulation de la voix selon le personnage, vitesse de parole, contact visuel, tours de parole, confiance en soi, adaptation aux autres et à la situation.
Sabotage	Jeu édité : Scènes d'improvisation avec des situations définies. Une personne commence à improviser avec un objectif et une autre personne s'intègre dans la scène et doit arriver à son propre objectif qui n'est pas connu de la première personne. Par exemple : Scène de départ : un footballeur professionnel est en shooting photo (objectif de la première personne), scène de fin : il doit cracher sur un lama (objectif de la deuxième personne).	Spontanéité, adaptation à la situation, écoute de l'autre, répartie, lâcher-prise, prosodie, créativité, organisation du discours, contact visuel, affirmation de soi, imagination, tours de parole.
Les jumeaux	Deux personnes sont côte à côte et doivent construire une phrase en parlant en même temps et en disant la même chose au même moment.	Ecoute de l'autre, vitesse de parole (ralentir), inhibition, adaptation à l'interlocuteur.
Ya-sha-fu	En cercle, une personne envoie une boule d'énergie imaginaire en visant quelqu'un, mains jointes, gestes des bras tendus du dessus de la tête vers le bas, en criant « ya ». La personne visée attrape la boule d'énergie en levant les bras et en disant	Adaptation aux autres, prise en compte de la situation, réactivité, attention, contact visuel, impulsivité.

	« cha » et ses deux voisin·e·s font un mouvement de scission, mains jointes en diagonales en direction de la personne du milieu en criant « fou ».	
Improclap	Commencer une improvisation, une personne intervient et un·e autre improvisateur·trice intervient en clapant ; les deux personnes en jeu se figent et celle·celui qui a clapé remplace la personne qui est en jeu depuis le plus longtemps	Adaptation à la situation et à l'interlocuteur, spontanéité, imagination, écoute de l'autre, contact visuel, prosodie, tours de parole, confiance en soi, lâcher-prise, organisation du discours, répartie, affirmation de soi.
Le cow-boy	En cercle, une personne au milieu. Quand elle dit « droite », tout le monde doit mimer un tir à droite en criant « pan ! », quand elle dit « gauche », pareil à gauche, quand elle dit le nom d'une personne, ses deux voisins doivent lui tirer dessus.	Ecoute de l'autre, réactivité, lâcher-prise.

**Annexe J : Présence des patient·e·s aux groupes**

**Tableau 10**

*Présence des patient·e·s aux groupes*

	19.11	10.12	20.12	14.01	21.01	04.02	18.02	04.03	18.03
P1	X		X		X		X		X
P2	X	X	X	X	X	X	X	X	X
P3	X	X		X	X		X		X
P4	X	X		X	X	X	X	X	