



HAL
open science

Impact des jeux de société sur l'aspect cognitif de patients en addictologie

Morgane Régnier

► **To cite this version:**

Morgane Régnier. Impact des jeux de société sur l'aspect cognitif de patients en addictologie. Psychiatrie et santé mentale. 2018. dumas-02057310

HAL Id: dumas-02057310

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02057310>

Submitted on 5 Mar 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
UFR DE MÉDECINE D'AMIENS**

Thèse de Doctorat en Médecine pour l'obtention du
Diplôme d'État

Spécialité : Psychiatrie

**IMPACT DES JEUX DE SOCIÉTÉ SUR
L'ASPECT COGNITIF DE PATIENTS EN
ADDICTOLOGIE**

Thèse soutenue publiquement par **Morgane RÉGNIER**, le 17 avril 2018, à
Amiens

Dirigée par le Docteur Cyrille GUILLAUMONT

N° de Thèse : 2018 – 27

Président du jury : Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Juges : Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ
Monsieur le Professeur Pierre Louis DOUTRELLOT
Monsieur le Professeur Maxime GIGNON
Monsieur le Professeur Mickaël NAASSILA

Année universitaire 2016/2017

Remerciements

À Monsieur le Professeur Alain DERVAUX
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Psychiatrie Adultes

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le président de mon jury de thèse et de me faire l'honneur d'évaluer mon travail. Je vous suis reconnaissante de votre soutien et de votre accompagnement tout au long de ce travail, particulièrement concernant la gestion des données statistiques. Je vous remercie également de l'intérêt que vous portez à ce travail et à la valorisation de celui-ci.

À Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Pédiatrie)
Pôle "Femme - Couple - Enfant"
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse,
et de me faire l'honneur d'évaluer mon travail. Je vous suis
reconnaissante pour la qualité de votre enseignement concernant la
pédiatrie adolescente tout au long de mes études médicales.*

À Monsieur le Professeur Pierre-Louis DOUTRELLOTT
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Médecine physique et de Réadaptation)
Responsable du Centre d'activité MPR Orthopédique
Pôle "Autonomie"

*Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse,
et de me faire l'honneur d'évaluer mon travail.*

À Monsieur le Professeur Maxime GIGNON
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Épidémiologie, Hygiène Hospitalière et Santé Publique)

*Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse,
et de me faire l'honneur d'évaluer mon travail. Je vous remercie
également
pour vos enseignements au cours de mes études médicales.*

À Monsieur le Professeur Mickaël NAASSILA
Professeur des Universités
(Pharmacie)

*Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse,
et de me faire l'honneur d'évaluer mon travail.*

À Monsieur le Docteur Cyrille GUILLAUMONT

Praticien Hospitalier

(Psychiatrie)

Responsable de pôle de Psychiatrie Adulte

Vous me faites l'honneur de diriger ma thèse de médecine. Vous avez été parmi les premiers à conforter mon intérêt pour la psychiatrie, grâce à la richesse de vos enseignements. Je vous remercie pour votre disponibilité, votre soutien, votre confiance, et pour la richesse de vos réflexions tout au long de ce travail de thèse.

À M. le Dr Wolfgang Persyn

*Pour vos conseils précieux au sujet de ce travail de thèse,
mais surtout pour votre amitié et les parties de jeu de rôle que nous avons partagé*

À Mme le Dr Agnès Jeanson

Pour l'attention bienveillante que vous avez portée à ce projet

À toute l'équipe soignante du SESAME

*Pour votre accueil chaleureux et votre disponibilité
qui m'ont permis de mettre en place sereinement
cet atelier jeu et les temps d'évaluation cognitive qui l'accompagnait.*

À Mme le Dr Julie Cormier

et aux ergothérapeutes **Mmes Alice Delbruyere et Karine Bonneval**

*Pour les échanges que nous avons partagé à propos de votre façon
d'utiliser les jeux de société avec les patients reçus
au sein du centre d'activités MOSAIQUE du CHPP.*

Aux infirmiers du CATTP de Péronne,

M. Dimitri Plet et Mme Emeline Dupont

*Pour m'avoir invité à observer un temps de jeu de société informel
liant soignants et patients, puis à discuter des projets de l'unité
en matière de création de jeu de société.*

À Mme Audrey Crimet, psychologue spécialisée en neuropsychologie

exerçant à l'Hôpital de jour des 3 baies à Amiens

*Pour m'avoir aidé à catégoriser les jeux de société utilisés lors de ce travail
selon les fonctions neuropsychologiques sollicitées durant les parties.*

À l'équipe soignante du service de psychogériatrie du CHPP
particulièrement à **Mmes les Drs Hélène Deligne et Mariane Dailly**
et à l'ergothérapeute **Mme Estelle Grucy**

*Pour m'avoir encouragé à poursuivre ce travail
de médiation par le jeu auprès des patients âgés*

À l'équipe de l'Unité de Médecine de l'Adolescent du CHU Amiens,
particulièrement à **Mr le Pr Jean-Marc Guilé**,
et à l'équipe du Centre de Médiations Educatives pour Adolescents,
particulièrement **M. Sébastien Kwiek**

*Pour m'avoir aidé à mettre en place un atelier thérapeutique
dans le prolongement de celui-ci avec des adolescents*

À l'association Caravalud

*Pour les échanges passionnants à propos de l'utilisation du jeu de société
afin de recréer du lien social,
ainsi que pour le prêt à titre gracieux de certains jeux ayant servi pour animer l'atelier;
et surtout pour l'entretien d'une passion grâce aux formidables évènements ludiques
que votre association organise.*

À ma famille et mes amis

*Pour votre grand soutien
tout au long de la rédaction de ce travail de thèse.*

À mon compagnon enfin

Pour le bonheur de tous les jours, tout simplement...

SOMMAIRE

1. Introduction

2. Naissance d'un projet

2.1 Jouer, c'est quoi ? - Définition du jeu et du jeu de société

2.2 Jouer, pourquoi ? - Les objectifs potentiels du jeu

2.2.1 Abords psychologique et psychanalytique

2.2.2 Abords philosophique et sociologique

2.3 Jouer, depuis quand ? - Histoire et évolution du jeu de société

2.4 Jouer, pour nous... - Notre intérêt pour les jeux de société

2.5 Jouer, pourquoi pas ? - L'idée d'un atelier jeu au SESAME

2.5.1 Intérêt du jeu de société "spontané" exposé à travers une situation clinique

2.5.2 Naissance du projet de médiation thérapeutique par le jeu de société en addictologie

3. Matériels et méthodes

3.1 Population usuelle du SESAME et parcours thérapeutique habituel

3.1.1 Données épidémiologiques concernant l'alcool

3.1.2 Population reçue au SESAME

3.1.3 Déroulement d'une cure au SESAME

3.2 Instruments utilisés

3.2.1 Évaluation de l'état cognitif grâce au MoCA

3.2.2 Phase de "prétest" avec mise en place de l'auto et hétéro évaluation

3.3 Design de l'étude

3.3.1 Déroulement de l'atelier et de l'évaluation cognitive

3.3.2 Explications sur le choix des jeux

3.3.2.1 Impact cognitif

3.3.2.2 Impact sur l'intégration au groupe

3.3.2.3 Impact sur le plaisir et le sentiment de satisfaction personnelle

4. Résultats

4.1 Caractéristiques de l'échantillon

4.2 Résultats concernant les fonctions cognitives par le biais de l'analyse des MoCA

4.2.1 Comparaison des deux groupes

4.2.2 Évolution au sein du groupe jeu

4.2.3 Évolution au sein du groupe témoin

4.3 Résultats des réponses aux questions fermées des auto-questionnaires et mise en évidence d'un sentiment de satisfaction personnelle

4.4 Résultats de la question ouverte de l'auto-questionnaire, et de l'observation libre rédigée par le soignant

4.4.1 Ressenti par rapport à l'intégration au groupe

4.4.2 Inadéquation entre le ressenti du patient et l'observation du soignant

5. Discussion

5.1 Troubles cognitifs en lien avec l'alcoolodépendance

- 5.1.1 Natures de ces troubles
- 5.1.2 Intérêt de traiter ces troubles
- 5.1.3 Quels moyens pour évaluer ces troubles ?
 - 5.1.3.1 Évaluations neuropsychologiques
 - 5.1.3.2 Évaluations brèves

5.2 Stratégies thérapeutiques visant les troubles cognitifs en lien avec l'alcool

- 5.2.1 Réversibilité spontanée
- 5.2.2 Thiamine et renutrition
- 5.2.3 Remédiation cognitive
 - 5.2.3.1 Origine de la remédiation cognitive
 - 5.2.3.2 Caractéristiques de la remédiation cognitive
 - 5.2.3.3 Aspect ludique dans la remédiation cognitive
 - 5.2.3.4 Remédiation cognitive en addictologie

5.3 Le jeu de société en tant qu'outil thérapeutique en psychiatrie

- 5.3.1 Travail sur le lien grâce au jeu de société en pédopsychiatrie
 - 5.3.1.1 Réunir les familles en souffrance
 - 5.3.1.2 Favoriser le lien social auprès d'adolescents
- 5.3.2 Médiation par le jeu de société auprès de patients psychotiques
 - 5.3.2.1 Psychothérapie institutionnelle et psychiatrie de secteur
 - 5.3.2.2 Exemple de médiation intra-hospitalière
 - 5.3.2.3 Exemple de médiation extra-hospitalière
- 5.3.3 Intérêts et limites de cet outil thérapeutique

5.4 Réutilisation possible de notre atelier jeu

6. Conclusion

7. Bibliographie

8. Annexes

Annexe 1 : MoCA de M. N

Annexe 2 : Déroulement d'une session type de sevrage complexe au SESAME

Annexe 3 : Protocole de traitement prescrit à l'admission au SESAME avec choix du Valium comme benzodiazépine

Annexe 4 : Score de Cushman

Annexe 5 : Auto-questionnaire proposé aux patients dans le cadre de l'atelier jeu

Annexe 6.1 : Cartes pour le jeu BrainstormTM

Annexe 6.2 : Cartes pour le jeu Speed cupsTM et disposition adéquate des coupes

Annexe 6.3 : Carte pour le jeu BrainboxTM recto / verso

Annexe 6.4 : Cartes pour le jeu Time's UpTM

1. Introduction

L'alcoolodépendance représente actuellement un problème majeur de santé publique, tant en terme de surcroît de mortalité que de morbidité.¹ Notre région picarde représente une zone particulièrement touchée puisqu'elle se situe, par rapport au reste des régions de France, au quatrième rang en matière de mortalité prématurée liée à l'alcool,² et au 3ème rang en matière de mortalité tous âges.³ Dans le territoire Somme, seule une structure propose des cures de sevrage éthylique complexe : ⁴ le centre de soins SESAME à Amiens (Service de Soins et d'Aide aux Malades Éthyliques). Cette structure reçoit donc une grande partie de cette population picarde touchée par une alcoolodépendance sévère.

La consommation répétée et excessive d'alcool entraîne des altérations cognitives variables de manière directe, du fait de la neurotoxicité de l'alcool, ou indirecte.⁵ Le profil cognitif majoritaire dans la population alcoolodépendante (deux tiers de celle-ci) est caractérisé par un syndrome dysexécutif prédominant.⁶ Ce syndrome entraîne une répercussion dans la vie quotidienne.⁵ La présence de troubles cognitifs a également un impact négatif sur le maintien de l'abstinence et certains d'entre eux sont associés à un taux de rechute accru.⁷

Il existe de nombreuses stratégies thérapeutiques visant à restituer les fonctions cognitives altérées ou renforcer celles épargnées. Ces soins sont souvent inclus dans des protocoles stricts dits de « remédiation cognitive », faits d'exercices proposés aux patients au cours de séances régulières, parfois assortis de tâches à réaliser au domicile.

De plus, certains ateliers thérapeutiques moins formels sont souvent proposés aux patients pris en charge en psychiatrie en intra-hospitalier (service d'hospitalisation complète ou hôpitaux de jour) et en extra-hospitalier (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel). Une partie de ces ateliers a également pour but de préserver les facultés cognitives en luttant contre leur déclin. Il n'est pas rare que ces activités soient ludiques, puisque le jeu peut-être un vecteur plaisant de médiation thérapeutique.

En effet, de tout temps, le jeu a été synonyme de plaisir et a permis de se rassembler en société. Les êtres humains se sont ainsi regroupés pour partager le frisson suscité par le défi, par l'aléatoire, ou encore par le délice du « faire semblant ».

Étant particulièrement passionnés par le jeu de société, nous avons souhaité proposer à des patients alcoolodépendants, hospitalisés en cure de sevrage éthylique complexe au SESAME, de bénéficier d'un atelier de médiation thérapeutique utilisant comme vecteur le jeu de société. Cet atelier a été évalué pendant plusieurs mois avec, pour hypothèse principale, l'idée que celui-ci pourrait participer au maintien et à la restauration de certaines facultés cognitives altérées par l'alcoolodépendance. Notre souci au cours de cette étude préliminaire a également été d'évaluer le plaisir ressenti par les participants du fait de jouer, puisque l'anhédonie est un symptôme fréquent chez nos patients et qu'une impression accrue de satisfaction personnelle peut jouer un rôle dans la prévention de la rechute de leur maladie.

2. Naissance d'un projet

2.1 Jouer, c'est quoi ? - Définition du jeu et du jeu de société

Le dictionnaire Larousse délivre actuellement une définition concise du jeu qui est la suivante : « Activité d'ordre physique ou mental non imposée, ne visant à aucune fin utilitaire, et à laquelle on s'adonne pour se divertir, en tirer un plaisir ». ⁸ De nombreuses interprétations du mot jeu ont été proposées au cours des siècles derniers. Philosophes, sociologues, ethnologues, psychologues et psychanalystes se sont penchés tour à tour sur cette notion fondamentale.

L'historien et philosophe Huizinga proposera, dans son ouvrage *Homo ludens* paru en 1951, la définition suivante : "Le jeu est une action ou un activité volontaire, accomplie dans certaines limites fixées de temps et de lieu, suivant une règle librement consentie, mais complètement impérieuse , pourvue d'une fin en soi, accompagnée d'un sentiment de tension et de joie, et d'une conscience d'être autrement que la vie courante". ⁹

Dans son essai *Les jeux et les hommes, le masque et le vertige* paru en 1958, le sociologue Roger Caillois discutera la définition précédente et reprendra les critères qui, selon lui, permettent de définir ce qu'est un jeu. ¹⁰ Selon lui le jeu est une activité :

- _ *libre* puisque le jeu perd sa nature de divertissement plaisant si le joueur est contraint de jouer ;
- _ *séparée* du reste de l'existence, et située dans un espace de jeu spécifique et un temps souvent déterminé à l'avance ;
- _ *incertaine* quant à son issue, puisque le doute quant au dénouement de la partie doit persister jusqu'à la fin afin de susciter le plaisir du joueur ;
- _ *improductive* puisque le jeu ne crée ni richesse, ni œuvre (au contraire de l'art ou du travail), même sous sa forme particulière du jeu d'argent ("où la somme des gains ne saurait être qu'égale à la somme des pertes des autres joueurs [...] Il y a là déplacement de propriété, mais non production de biens") ;
- _ *réglée*, tout jeu répondant à des règles arbitraires et irrécusables, que chaque joueur doit accepter comme telles, afin d'assurer le déroulement correct de la partie ;
- _ *fictive*, puisque le joueur a conscience de l'irréalité de l'illusion créée par le jeu qui se trouve séparé de la vie courante.

Dans son ouvrage *Jeu et réalité*, Winnicott définit le jeu (*play*) comme une activité créatrice qui va permettre d'établir un espace intermédiaire ou transitionnel, ne relevant ni de la réalité intérieure, ni de la réalité extérieure. Il situe le jeu comme une création à l'interface entre l'imagination, déterminée par le monde interne et l'adaptation au monde externe. Il oppose cependant cette notion au jeu (*game*) qui ne peut que s'exprimer en se pliant à des règles définies à l'avance, et ne permet donc pas cette expérience créatrice.¹¹

Cette notion de jeu regroupant une multitude d'activités, nous avons souhaité nous intéresser plus particulièrement à l'une d'elles : le jeu de société. Il n'existe pas de définition précise pour celle-ci.

La nomenclature anglaise du jeu de société (*board game*) apporte déjà une clarification quant à la catégorisation de celui-ci concernant la distinction *game/play*. En effet, le jeu de société, est soumis à des règles, irrécusables et arbitraires comme le précisait Caillois, et celles-ci entravent, du moins en partie, l'activité créatrice du joueur. Par ailleurs, ce terme *board game* apporte l'idée d'un matériel spécifique pour ce genre de jeux (le plateau, *board*) et efface étrangement l'élément social, qui implique que le jeu de société rassemble au moins deux joueurs.

En effet, le jeu de société désigne communément une activité ludique pratiquée par plusieurs personnes et régie par une règle définissant les moyens, les contraintes, ainsi que les objectifs à atteindre pour résoudre la partie. On le différencie classiquement des jeux vidéo et des sports, bien que les limites entre ces catégories restent minces. Le jeu de société regroupe encore de nombreuses sous-catégories de divertissements pourtant assez distinctes telles que le jeu de figurines, le jeu de rôle, le jeu de cartes à collectionner, le jeu de cartes ou le jeu de plateau (francisation du terme *board game* beaucoup plus restrictive que son homologue).

2.2 Jouer, pourquoi ? - Les objectifs potentiels du jeu

2.2.1 Abords psychologiques et psychanalytiques

Le mot jeu englobe, comme nous l'avons expliqué, de très nombreuses activités. Cependant, ce terme semble, le plus souvent, se référer à la capacité à faire abstraction de la réalité pendant un temps donné, afin de s'engager dans un espace de liberté.

Nombreux sont les psychologues, psychiatres et psychanalystes à s'être intéressés à la question de la fonction du jeu. Ainsi, K. Groos érigeait une théorie éducative selon laquelle le jeu est une activité préparatoire de l'enfant à la vie d'adulte, constituant ainsi un facteur du processus d'inculturation ; alors que pour J.M. Baldwin, il constituait une activité autotélique, donc sans but en soi.¹² Puis, H. Wallon continuera dans cette direction, caractérisant le jeu par son aspect inutile (au contraire d'utilitaire) et gratuit. Selon lui, lorsqu'une activité devient utilitaire, elle perd son caractère de jeu.¹³

Parmi les approches du jeu que nous connaissons bien, figurent évidemment celles de Freud, Piaget et Winnicott, dont les approches complémentaires ont contribué à façonner notre compréhension actuelle du concept de jeu. Il est intéressant de noter que la réflexion de ces trois auteurs s'est ciblée essentiellement sur la période de l'enfance, et les interprétations sur le jeu ont été établies par le biais de l'observation répétée de jeunes (voire de très jeunes) enfants.

Dans *Au-delà du principe de plaisir*, Freud livre son analyse du jeu de la bobine (ou jeu du Fort-Da) pratiqué par son petit-fils.¹⁴ Il lui vient l'idée que l'enfant reproduit à travers le jeu ce qui l'a impressionné, en se rendant maître de l'intensité de l'impression. En effet, ce jeu de la bobine permettait à l'enfant d'assumer un rôle actif, en reproduisant sous la forme d'un jeu, la séparation d'avec la mère qu'il ne pouvait que subir. Bien que reproduisant un événement pénible, l'enfant éprouvait tout de même du plaisir.

Piaget proposera quant à lui une classification des étapes du jeu participant au développement de l'enfant. Selon cet auteur, le jeu conduit de l'action à la représentation « dans la mesure où il évolue de sa forme initiale d'exercice sensori-moteur à sa forme seconde de jeu symbolique ou jeu d'imagination. ». D'abord, durant la période sensori-motrice (2 premières années de vie), les « jeux d'exercice » permettront à l'enfant d'accroître son expérience de l'objet, en sa présence. Puis au cours de la période représentative (dès 2 ans), le « jeu symbolique », présumé par la permanence de l'objet, remplit une fonction fondamentale au niveau psychique. Enfin, pendant la période des opérations concrètes (à partir de 7 ans), les « jeux de règles », introduisant l'aspect social du jeu, traduit la maturité psychologique et intellectuelle de l'enfant. Ainsi, aux travers de ces étapes nécessairement consécutives, le jeu permettra à l'enfant d'assimiler la réalité, avec les règles communes à tous qui l'encadrent.¹⁵

Pour Winnicott, le jeu (*playing*) va permettre au tout petit d'établir, peu à peu, la différence entre le monde et le soi, grâce à la création d'un espace intermédiaire. Dans cet espace, un objet transitionnel (qui renvoie à la mère) permet la projection de soi dans le monde extérieur. Ce jeu créatif est un prélude essentiel à l'élaboration de la relation objectale, et participe de manière fondamentale à la maturation du jeune enfant. Et, puisque toute activité créatrice est quête de soi, par le biais du jeu, l'enfant va façonner son identité.¹¹

Il apparaît évident que les jeux de société et leur intérêt peuvent être analysés grâce à la classification des stades de développement de Piaget, puisque c'est de cette théorie qu'est issu le système de classement ESAR, servant actuellement à catégoriser et organiser les jeux et jouets dans la plupart des ludothèques.¹⁵ Cependant, de par les règles préétablies qui la régissent, la pratique du jeu de société (*gaming*) ne semble pas pouvoir servir de support à la symbolisation de conflits internes, ou à la projection de soi vers la réalité externe, à l'instar d'autres jeux.

2.2.2 Abords philosophiques et sociologiques

Abordés par les philosophes des siècles derniers, le jeu a d'abord été considéré comme une activité physiologique dont l'effet cathartique permettait de délivrer l'homme de sa surabondance d'énergie (H. Spencer). De manière plus optimiste, le jeu a ensuite été pensé comme opposé au sérieux de la vie, et représentant un temps de détente provisoire face aux tensions de l'existence. (E. Fink) Le jeu apparaissait comme un contributeur indispensable du développement de l'enfant, puis semblait peu à peu perdre de son importance à mesure que l'enfant devenait adulte et abandonnait le jeu pour se consacrer aux phénomènes sérieux de l'existence, tel que le travail, lui délaissant une place de simple moyen de détente.¹⁶ Cependant, Huizinga pointera le caractère indispensable du jeu pour l'être humain, tout au long de sa vie et pour la société en général. Il décrira le jeu comme une fonction riche de sens « indispensable à l'individu, comme fonction biologique, et indispensable à la communauté pour le *sens* qu'il contient, sa signification, sa valeur expressive, les liens spirituels et sociaux qu'il crée, en bref comme fonction de culture ».⁹

Dans une approche sociologique, Caillois proposera une classification des jeux en général, mais nettement applicable au domaine spécifique des jeux de société.¹⁰ Celle-ci est établie en fonction de l'attitude du joueur, de ce que celui-ci recherche en jouant.

_ La catégorie de l'*agôn* reflète l'esprit de compétition et, dans cette catégorie de jeux, "l'égalité des chances est artificiellement créée pour que les antagonistes s'affrontent dans des conditions idéales, susceptibles de donner une valeur précise et incontestable au triomphe du vainqueur". Ainsi le joueur cherche à ce que soit reconnue son excellence dans un domaine donné (mémoire, adresse, ingéniosité, etc.)

_ L'*alea* représente tous les jeux fondés sur le hasard. Il a pour fonction "d'abolir les supériorités naturelles ou acquises des individus afin de mettre chacun sur un pied d'égalité devant le verdict aveugle de la chance". Le joueur, entièrement passif, ne fait qu'attendre l'arrêt du sort, et la récompense (souvent représentée par un gain d'argent) proportionnelle au risque qu'il a pris.

_ Avec le *mimicry*, le jeu consiste à "devenir soi-même un personnage illusoire et à se conduire en conséquence". Le joueur joue "à se faire croire ou à faire croire aux autres qu'il est autre que lui-même".

_ Enfin l'*ilinx* regroupe les jeux visant à procurer aux joueurs une sensation de vertige, et à "infliger à la conscience lucide une sorte de panique voluptueuse". Ce vertige peut être physique mais également moral et s'associer avec "le goût normalement réprimé du désordre et de la destruction".

Il est évident que de nombreux jeux ont des caractéristiques et des objectifs appartenant à deux ou trois de ces catégories à la fois. La plupart des jeux de cartes, par exemple, combinent l'*agôn* et l'*alea* : une "main" est attribuée au hasard à chaque joueur, qui doit ensuite l'exploiter au mieux grâce à ses capacités personnelles.

Ainsi le jeu de société pourrait, à l'instar du jeu, revêtir de nombreux intérêts et être utilisé par les joueurs pour les différentes sensations qu'il peut procurer. De plus, en s'imposant des contraintes non dangereuses et parfaitement identifiées, les joueurs participent à un exercice rassurant et plaisant, puisque l'échec n'entraîne pas de sanction lourde et que la réussite de l'objectif est réjouissante.¹⁷ Enfin, puisque la caractéristique qui distingue le jeu de société des autres jeux est le fait qu'il se joue à plusieurs, l'une de ses plus grandes qualités est la convivialité qu'il engendre spontanément.

2.3 Jouer, depuis quand ? - Histoire et évolution du jeu de société

L'histoire des jeux de société s'étale sur plusieurs millénaires, et ceux-ci ont eu de nombreux rôles parfois très divergents selon les époques et les cultures où ils étaient pratiqués, malgré

des caractéristiques communes. Le plus ancien jeu de société semble être le Senet, un jeu égyptien retrouvé dans les tombeaux pharaoniques et dont la création daterait de 3100 av. J.-C. Dans ce jeu de course, deux adversaires s'affrontaient, en lançant de petits bâtons pour déterminer de quel nombre de cases avancer leurs pions (les dés n'étant pas encore inventés), avec pour but final d'atteindre en premier la dernière case figurant les cieux, la vie après la mort. Il semblerait que ce jeu était surtout utilisé dans un but divinatoire. A l'instar du jeu de Go, datant de la période des Printemps et des Automnes en Chine (771-453 av. J.-C.), celui-ci n'était pas destiné au peuple, mais réservé à l'usage des seigneurs, des princes et des moines jouissant d'un statut particulier, dans ces deux civilisations. Dans l'antiquité, les jeux divinatoires étaient très diversifiés, ainsi les Grecs jouaient aux dés ou aux osselets pour connaître leur avenir avant de grands événements. Et c'est cette même fonction, que remplissait autrefois ces jeux, provenant d'horizons divers qui ont perduré jusqu'à notre époque moderne tel que le mikado, le mah-jong, ou encore les dominos.¹⁷

Alors que les grecs, civilisation belliqueuse, avaient déjà jeté les prémices du jeu d'opposition où les adversaires s'affrontent sur un damier à l'aide de pions tous identiques, le jeu de stratégie par excellence, va naître au cours des premiers siècles après J.-C. : le jeu des échecs. Ses origines restent sujettes à controverses puisqu'on le verra fleurir, presque simultanément dans diverses contrées et sous diverses appellations : chaturanga chez les indiens (où les pions commencent à être hiérarchisés en écho au système de caste), chatrang chez les persans (avec l'invention du "mat" où la mort du roi signifie la défaite, en parallèle avec la croyance dans un chef tout-puissant dans l'Islam), shatranj chez les arabes, shatar pour les européens (où les figures seront occidentalisées pour mieux symboliser la société féodale), xiangqi pour les chinois et les coréens, ou encore shogi pour les japonais (où certains pions capturés à l'adversaire peuvent être réintégrés à l'armée du joueur, miroir d'un système de mercenaires se mettant au service du plus fort).¹⁸ Il devient un jeu noble et répandu en très peu de temps, les premiers traités apparaissant autour de l'an 1000. Au-delà des langages, des conflits, le jeu d'échec a su se diversifier et s'universaliser. A l'instar des jeux olympiques, ce jeu semblait offrir la possibilité d'une trêve, tel un langage universel codifié par des règles.¹⁷

Le Moyen Age sera une période d'âge sombre pour le jeu de société. Les jeux de dés sont surtout réservés à la soldatesque et vont faire l'objet de paris dans les tavernes et les casernes. Ils seront donc réprouvés par l'Église et leur usage sera prohibé, à l'instar de l'interdiction qui pesait déjà sur les jeux de hasard depuis 1215. Le jeu (en dehors des dames et des échecs) sera alors considéré comme une activité oisive et hérétique.

Avec l'arrivée de la presse à imprimer au XV^{ème} siècle en Europe, l'impression de jeux de cartes en grand nombre deviendra possible. Rapidement, la bourgeoisie fera preuve d'un engouement particulier pour ces jeux, où la combinaison de tactique et de hasard fait écho avec son idéologie : comme dans la vie, on s'en sort ou pas avec la donne que l'on a reçue. Puis l'aristocratie, à la recherche d'un nouveau divertissement, édictera le protocole de jeu, comme un reflet de l'étiquette qui régit son monde.¹⁸ Le « jeu en société » devient un loisir très prisé. Le roi lui-même s'adonne à ces jeux et il devient alors compliqué pour l'église de maintenir sa position, qui se doit d'assouplir les législations en déterminant quels jeux sont interdits et quels jeux sont tolérés. Les jeux de hasard resteront prohibés un temps, puis l'état verra là une possibilité de faire rentrer de l'argent et autorisera la création des maisons de jeux, collectant au passage une taxe substantielle. De même, le principe de la loterie sera "redécouvert" comme un moyen de renflouer les caisses de l'état, d'abord réprouvé par le clergé, puis légalisé permettant en 1776 la création de la loterie royale, ancêtre de la loterie nationale. Ainsi le jeu de masse voit le jour.

C'est également à cette époque que va poindre une nouvelle facette du jeu de société puisqu'il va devenir le support d'un discours moraliste. Le jeu de l'oie réémergera au XVI^{ème} siècle (alors que son principe existait déjà dans l'antiquité) et sera dès lors, utilisé comme un objet de propagande, servant tour à tour de support pédagogique, de satire de la société ou encore de rappel éthique, en fonction des images et messages imprimés sur les diverses cases du parcours.

Après une nouvelle période creuse, durant le siècle des lumières, l'engouement du jeu de société est relancé par la création, d'une part de jeux massivement distribués et d'autre part par l'apparition des soldats de plomb. Dès lors, des compagnies spécialisées dans la fabrication de jeux et jouets sont créées. Dès le début du XX^{ème} siècle, verront le jour de nombreux jeux pédagogiques plutôt à visée des enfants, tel que le prédécesseur du MonopolyTM, *the landlord's game*, imaginé initialement pour dénoncer le lobby des propriétaires terriens et l'injustice du bail. Dans le jeu originel, les terrains étaient en effet à louer, et généraient des loyers exorbitants tels qu'ils entraînant inmanquablement la faillite de l'un des joueurs. En 1934, alors que le jeu a été renommé MonopolyTM et met désormais en scène des terrains à vendre, il sera présenté à la société des Parker Brothers, et deviendra l'un des jeux les plus vendus au monde (200 millions de boîtes vendues dans le monde depuis sa création), prônant au passage le capitalisme et la propriété individuelle, à l'opposé de son message originel.

Les soldats de plomb permettront quant à eux la naissance du *Kriegspiel* utilisé dès le début du XIX^{ème} siècle pour faciliter l'apprentissage des stratégies militaires aux jeunes officiers prussiens. Après que les Anglais se soient emparés du concept dans le même but, ce sera H.G. Wells qui diffusera les règles des *wargames* au grand public, grâce à son ouvrage paru en 1913.¹⁹ Dès lors le succès des *jeux de guerre* perdurera, tout du moins pour un noyau de passionnés, changeant souvent de règles et surtout d'univers (d'abord historique, puis fictif issus des courants littéraires de l'heroic fantasy et de la science-fiction). C'est donc à cette époque que voient le jour les jeux les plus répandus à l'heure actuelle : les jeux de simulation.

Descendants des *wargames*, les jeux de rôles voient le jour lorsqu'en 1971, Gary Gygax publie un jeu de guerre intitulé *Chainmail* permettant de faire s'affronter des créatures fantastiques aux côtés d'archers ou de cavaliers, avec un système incluant la magie et surtout la possibilité de s'affronter sur le champ de bataille "à un contre un". Après sa rencontre avec Dave Arneson, c'est ensemble qu'ils écrivent et publient la première édition de *Dungeons & Dragons*, où le système de race et de classe de *Chainmail* est conservé, mais où les joueurs sont cette fois invités à progresser en un groupe d'aventurier pour explorer les sinistres souterrains du donjon de Blackmoor. Il est intéressant de noter qu'ici les joueurs ne s'affrontent plus en individuel, ni même par équipe, mais jouent ensemble à vaincre un ennemi commun, œuvrant en coopération. Le jeu de rôle est né et sera à l'origine d'une révolution dans l'univers du jeu, à l'instar de l'émergence concomitante des jeux vidéos, qui initialement partageront le même public restreint.

Les années 90, seront quant à elles marquées par l'apparition du jeu de cartes à collectionner (*Magic the gathering*), qui va initier une nouvelle façon de consommer le jeu de société. Il faudra là que le joueur mette régulièrement à jour son jeu, tentant d'amasser des cartes rares et puissantes, pour différencier son jeu de celui de l'adversaire et espérer pouvoir le battre. Une logique de collectionnisme aiguë s'empare du jeu de société, en adéquation parfaite avec la société de consommation moderne. Mais cette période verra également l'arrivée de nombreux jeux dits "modernes" aux mécanismes novateurs et originaux.

Enfin, depuis une dizaine d'années, le jeu de société connaît, de nouveau, un essor important et semble souvent au cœur de l'intérêt des médias qui véhiculent une image plutôt positive auprès du grand public. D'une part, ses qualités pédagogiques sont nettement mises en avant par le biais de la parution de très nombreux jeux éducatifs. D'autre part, un nombre

grandissant d'associations de joueurs voit le jour, rassemblant en grande partie des adultes passionnés par ce vecteur de jeu qui crée du lien social et permet sans cesse de se défier autour d'une table, sans conséquences sur la réalité.

A l'heure actuelle en France, le secteur du jeu de société c'est 12 millions de boîtes vendues par an, dont 2,5 millions de boîtes de jeux dits "modernes". Environ 500 jeux sortent par an. Ils sont commercialisés dans 400 boutiques spécialisées et certains disponibles au prêt dans plus de 1400 ludothèques. Le nombre de joueurs passionnés est estimé à 100 000 en France, et ils sont probablement quatre fois plus nombreux en Allemagne ou dans les pays nordiques où le jeu de société se pose comme une institution pour faire passer les longues soirées d'hiver en famille ou entre amis.²⁰ Ainsi va le succès croissant du jeu de société, qui n'est finalement qu'une redécouverte du jeu en société.

2.4 Jouer pour nous... - Notre intérêt pour les jeux de société

Le jeu de société nous a toujours paru être un formidable vecteur d'interactions sociales, tant coopératives que compétitives. Dès l'enfance, celui-ci permet, lorsque nous le pratiquons en famille, de jeter des ponts entre les générations. Il favorise ainsi la transmission de connaissance par les aînés (particulièrement par le biais des jeux éducatifs comme le TimelineTM où les participants cherchent à remettre dans l'ordre chronologique une série d'événements figurant sur des cartes) et parfois celle de souvenirs, tout simplement grâce aux jeux traditionnels (tels que le Nain jaune ou les Dames). Pratiqué entre amis, il permet très jeune d'aborder le plaisir de la compétitivité de façon ludique, que ce soit par le biais de défis informels lancés dans la cour de récréation autour d'une partie de billes, ou de tournois plus sérieux dans le cadre de clubs scolaires. Au final, qu'elle ait été pratiquée en milieu associatif ou dans le cadre plus restreint d'un cercle d'intimes, une partie de jeu de société nous a toujours semblé être une occasion de partage.

D'autre part, le jeu de société nous est vite apparu comme un outil, ludique certes mais potentiellement utile, permettant de développer des facultés cognitives. Il peut en effet participer au développement, chez l'enfant, de fonctions cognitives de base telle que la mémoire avec l'utilisation de jeux aux règles simples (dont le memory ou encore le loto des odeurs où l'enfant cherche à associer une image à une odeur en faisant appel à sa mémoire olfactive). Par la suite, il permettra d'acquérir des capacités plus complexes, de planification

par exemple, grâce à l'utilisation de jeux aux règles plus élaborées (comme les échecs par exemple). Et puisqu'on peut jouer à tout âge, le jeu de société peut également participer à l'entretien de facultés cognitives qui s'altèrent avec le temps. Ainsi, nous avons parfois pu observer avec plaisir, des personnes âgées redoubler d'effort pour parvenir à se remémorer un mot et son orthographe afin de marquer quelques points au ScrabbleTM.

Plus tard, lorsque nous avons partagé quelques parties de jeu avec d'autres étudiants en psychiatrie, nous avons pu discuter ensemble de la richesse de certains jeux de société en matière de possibilité d'analyse des facultés de communication et d'intuition. Certains jeux nous ont parus particulièrement passionnants, en termes de réflexion, sur les schémas de pensée de l'autre. C'est le cas du jeu DixitTM, dans lequel le narrateur doit inventer un indice à la fois suffisamment précis pour que certains joueurs trouvent la carte qui lui est associé, et à la fois suffisamment flou pour tous ne la trouvent pas. Ainsi, ce jeu s'appuie particulièrement sur l'idée de répertoires culturels partagés par certains des membres du groupe, et sur une importante capacité d'abstraction, les images représentées sur les cartes étant métaphoriques et ouvrant à un nombre infini d'interprétations.

Enfin notre implication consécutive dans plusieurs associations de jeu, nous a permis un regard différent sur le jeu de société : celui d'un observateur extérieur savourant le plaisir de regarder jouer. D'une part notre participation à certains événements visant à promouvoir le lien social dans le cadre de l'association Caravalud, nous a permis d'observer les liens qui se tissent en famille par le biais du jeu : un enfant échafaudant une stratégie puis apprenant de ses erreurs, sous le regard bienveillant d'un parent qui accompagne son autonomisation, ou encore un cadet désireux de faire comme son grand frère et ravi de participer à un jeu familial multi-niveaux... D'autre part, c'est au sein de l'association T.R.O.L.L. (Théâtre Rôlistique d'Organisations Ludiques et Loufoques), que nous avons eu la possibilité de proposer à d'autres joueurs, une soirée enquête écrite par nos soins, et d'éprouver le plaisir de voir nos personnages prendre corps, grâce aux joueurs qui tour à tour suivaient le fil de nos intrigues ou se laissaient aller à la joie de l'improvisation. Nous avons ainsi redécouvert des liens à deux niveaux qui, au-delà de connecter les personnages incarnés, connectaient également les joueurs.

Puisque c'est dans la vie de tous les jours que nous avons pu constater cette multitude de possibilités en lien avec le jeu de société, il nous semblait cohérent d'espérer beaucoup de

bénéfices de l'utilisation d'un tel vecteur en milieu de soins.

2.5 Jouer, pourquoi pas ? - L'idée d'un atelier jeu au SESAME

2.5.1 Intérêt du jeu de société "spontané" exposé à travers une situation clinique

Alors qu'en novembre 2014, j'entame tout juste mon semestre en tant qu'interne sur le Sésame, j'assiste à l'entretien médical d'entrée d'un patient dont l'état cognitif semble nettement dégradé. Cet homme, c'est M. N, alors âgé de 68 ans. Il vient pour la seconde fois au Sésame (sa première cure datant de janvier 2013) et est adressé par l'infirmier du CMP de Doullens (structure rattachée au CHPP) qui le voit régulièrement en visite à domicile, et a constaté un net fléchissement thymique lors d'une tentative de sevrage spontanée.

Son traitement à domicile comporte un antidépresseur sérotoninergique, une benzodiazépine et un hypnotique. Concernant son mode de vie, M. N est particulièrement isolé sur le plan familial et social. Il est retraité et ne pratique plus les loisirs sportifs qu'il affectionnait auparavant.

Lors de l'entretien initial, il est calme et coopératif. Même si son discours reste assez factuel, il parvient à nous exposer son sentiment de solitude envahissant. Le registre de la dépression est nettement présent avec une thymie triste, une anhédonie (M. N a d'ailleurs complètement délaissé sa passion pour la course à pied depuis 6 mois), et des troubles des conduites instinctuelles (sommeil légèrement perturbé, appétit très perturbé). Cependant, il n'y a ni idées noires, ni idées suicidaires objectivées au cours de cet entretien. Une tension anxieuse est palpable que M. N ne réussit pas à mettre en mots. Le patient n'évoquera pas spontanément de troubles cognitifs le gênant au quotidien.

Concernant ses addictions, le discours de M. N sera confus en termes de temporalité. Le patient annoncera sans difficulté une date à laquelle il a rechuté, et une depuis laquelle il est de nouveau abstinent, mais ces dates différeront en fonction des intervenants qui l'interrogent. De plus, il ne sera pas capable de se remémorer sa consommation passée de tabac pour la quantifier en paquets-années. M. N ne présente ni signes d'imprégnation alcoolique, ni signes de sevrage. La portion d'entretien portant sur les addictions révèle donc des troubles mnésiques assez francs dont le patient n'a pas conscience. Ceux-ci étaient déjà présents lors

du séjour précédent au SESAME, et le médecin psychiatre préconisera l'exploration de l'état actuel des troubles cognitifs, via la passation d'un MoCA (Montreal Cognitive Assessment), habituellement réalisé par l'un des psychologues du service.

Dès le lendemain (en l'absence de signes de sevrage), l'étudiante en psychologie me propose d'assister à la passation du MoCA. Je découvre alors ce test en même temps que l'étendue des troubles cognitifs de M. N. [cf annexe 1] Le patient totalisera un score de 12 sur 30, assez comparable avec celui de 11 sur 30 obtenu l'année précédente. Il n'y a donc pas d'évolution significative des troubles cognitifs depuis la précédente hospitalisation. Les épreuves pour lesquelles M. N. éprouvera le plus de difficultés seront celles : du repérage visuospatial combiné à la fonction exécutive (1 point sur 5), de l'attention (1 point sur 6), du langage (1 point sur 3), de l'abstraction (0 point sur 2) et du rappel différé (0 point sur 5).

Au décours des entretiens médicaux hebdomadaires, M. N me révèle que parmi les passe-temps qu'il a délaissés figure le jeu de la "Belote". Ce jeu de cartes, très pratiqué dans nos régions, est un jeu de pli qui se joue principalement à 4 joueurs, où s'affrontent 2 équipes de 2 partenaires. Il est donc primordial à la Belote de mémoriser les cartes déjà tombées, pour parfaire sa stratégie et ainsi tenter de faire remporter son équipe. Je demande donc au patient quel conseil il donnerait à un joueur débutant, et il me répond qu'il n'y a rien de compliqué et qu'il suffit de compter les cartes. Au vu des troubles cognitifs actuels de M. N, ses fonctions d'attention et de mémorisation à court et moyen terme semblant si dégradées d'après le MoCA, je m'interroge. Fantasme-t-il cette capacité à compter les cartes qui le ferait sortir victorieux des parties ? Garde-t-il le souvenir d'une époque révolue où sa mémoire ne lui faisait pas tant défaut ?

Durant les temps libres, je m'aperçois, qu'en effet, il joue aux cartes avec d'autres patients de son groupe. Arrivant presque au terme de la cure de M. N, je me permets de m'approcher de la table de jeu et d'observer sa manière de jouer. Il n'est pas très rapide, mais semble concentré et respecte les règles du jeu, telles que je les connais. Je lui adresse une remarque bienveillante du type : "Vous aviez raison, vous savez drôlement bien jouer" et c'est un autre joueur qui me réponds : "Bah on a dû lui réapprendre un peu. Mais ça revient vite, hein ?" M. N abat sa carte sur la table et m'adresse un sourire rayonnant, plein de la satisfaction de cet instant de plaisir partagé avec le groupe auquel il se sent si bien intégré...

En effet, la problématique principale de ce patient est centrée sur le sentiment de solitude renforcée par une nette dépendance affective. L'évolution clinique est marquée par une rapide amélioration thymique qui semble surtout en lien avec la dynamique groupale qui permet à M. N de se sentir inclus dans un groupe de pairs. Les permissions se déroulent bien, sans sentiment de *craving*. Et bien qu'il présente de nettes difficultés à comprendre les consignes des tâches à effectuer dans la plupart des activités, M. N se montre toujours de bonne volonté et participe à la hauteur de ses moyens cognitifs. Ce besoin de se sentir intégré posera la question du devenir, et divers projets d'orientation seront envisagés : maison communautaire, maison d'accueil rurale destinée aux personnes âgées, maison de retraite. Un retour à domicile sera finalement décidé, avec inclusion dans le centre d'activités à temps partiel de Doullens, pour y réaliser des activités en groupe de manière régulière. Le suivi au CMP, comportant les visites à domicile par l'infirmier, sera évidemment poursuivi. M. N prendra également l'initiative personnelle de reprendre la course à pied et de rejoindre un club de cartes des aînés.

La rencontre avec ce patient m'a conforté dans l'idée que le jeu de société, tel que ce jeu de la Belote, pouvait trouver sa place dans la prise en charge des patients alcoolodépendants. D'une part, en aidant à préserver certaines de leurs fonctions cognitives dégradées par l'alcool, et peut être à force de répétition, à participer à restaurer certaines d'entre elles. D'autre part, le jeu de société semblait pouvoir être vecteur d'un ressenti de plaisir et d'intégration qu'il semblait intéressant d'explorer.

2.5.2 Naissance du projet de médiation thérapeutique par le jeu de société en addictologie

Lorsque j'arrive au centre de soins en addictologie du SESAME, en tant qu'interne, l'équipe est en plein remaniement du programme des cures pour mieux correspondre à la période des fêtes de fin d'année. Celles-ci durent habituellement 4 semaines mais exceptionnellement deux sessions englobant Noël et l'an ne dureront que trois semaines. Elles concerneront une population de patients spécifiques (déjà venus en cure au SESAME, ayant rechuté dans leur consommation d'alcool et nécessitant une consolidation des connaissances acquises lors des précédentes cures). De plus, certains des soignants qui habituellement animent continuellement des ateliers spécifiques de médiation (tels que le modelage ou l'écriture) seront absents.

Une réunion institutionnelle est donc organisée pour repenser le programme de ces sessions inhabituelles. Avant celle-ci, un des médecins du service, au courant de mon intérêt pour les jeux, puisque nous avons déjà partagé quelques parties de jeu de rôle, vient me trouver. Il pense qu'il y a là une occasion de proposer à l'équipe l'atelier de jeu de société, dont l'idée avait déjà germé en moi depuis le début de mes études en psychiatrie, et dont je lui avais fait part. Nous évoquons la création de celui-ci avec l'idée de le pérenniser en l'incluant lors des cures habituelles, avec l'espoir de l'étendre par la suite à l'hôpital de jour qui doit ouvrir dans les années à venir.

C'est ainsi que fin novembre, je présente à l'équipe l'idée de cet atelier de médiation par le jeu de société, lors de cette réunion institutionnelle. Toute l'équipe soignante - cadre, psychologues, médecins et infirmiers confondus - semblent enthousiastes. L'intégration de cet atelier au planning est donc acceptée et un protocole pour sa mise en place et son évaluation voit le jour.

3. Matériels et méthodes

3.1 Population usuelle du SESAME et parcours thérapeutique habituel

3.1.1 Données épidémiologiques concernant l'alcool

À l'échelle mondiale, l'alcool est la substance psychoactive la plus répandue. La quantité moyenne d'éthanol pur ingérée, chez l'adulte, a été évaluée à plus de six litres par an.²¹ En France, la consommation contrôlée d'alcool est très répandue, avec 48 % de buveurs sans risque (réguliers ou non) et celle-ci est associée aux valeurs positives de convivialité et de détente.²² Cependant, des consommations excessives épisodiques ou chroniques sont à l'origine d'un problème majeur de santé publique.

En effet, plus de 10 % du total des coûts liés aux soins de santé en Europe est engendré par l'alcool.²¹ L'alcool est impliqué, de manière directe ou indirecte, dans plus de 200 maladies ou causes d'invalidité.²³ En France, son implication a également été mise en évidence dans 50.000 décès par an,²³ et dans 18 % des décès prématurés (entre 35 et 64 ans).²⁴ Parmi ces décès attribuables à l'alcool, 77 % seraient en lien avec une consommation excessive et deux tiers d'entre eux, seraient dus à l'alcoolodépendance.²⁴

L'utilisation de ce terme « alcoolodépendance » reste encore largement répandu, bien que cette notion ait disparue de la nouvelle classification DSM-5. En effet, l'approche catégorielle du DSM-IV (qui distinguait trois modes de consommation : usage, abus et dépendance) a été remplacée par une approche dimensionnelle bi-axiale (établissant un gradient de sévérité en considérant à la fois la dépendance et les dommages entraînés par l'usage de l'alcool). La maladie alcoolique adopte donc la nouvelle nomenclature de troubles de l'usage de l'alcool (TUAL).²⁴ En Europe, l'alcoolodépendance (équivalente au TUAL sévère selon le DSM-5) atteint 5 à 10 % des adultes. Celle-ci constitue le diagnostic le plus répandu.²¹ En France, le nombre d'individus alcoolodépendants est estimé à 2 millions.²³

Une méta-analyse prenant en compte des études du monde entier, a cherché à évaluer le défaut de traitement (*treatment gap*) pour les principales pathologies mentales, celui-ci étant exprimé par le pourcentage d'individus requérant des soins, mais ne les recevant pas. Les résultats avaient pointés qu'en Europe, l'abus et la dépendance à l'alcool avaient le défaut de

traitement le plus élevé, évalué à 92,4%. Ainsi, moins de 10 % des patients souffrant d'un trouble de l'usage de l'alcool établissent un contact avec un professionnel ou une structure de soins.²⁵

3.1.2 Population reçue au SESAME

Le SESAME est l'une des structures de soins principales du département en matière d'addictologie. L'offre de soins qui y est proposée ne se résume pas qu'aux cures de sevrage éthylique complexe, la structure accueille des consultations médicales et paramédicales dédiées aux addictions diverses, une équipe de liaison de soins en addictologie (ELSA), un groupe de soutien dédié à l'entourage des usagers et plus récemment un hôpital de jour. Cependant, la majorité des usagers qui y sont reçus sont sévèrement touchés par l'alcoolodépendance, puisque les prises en charge en première intention y sont rares et les antécédents de nos patients sont souvent émaillés d'une longue histoire de sevrages ambulatoires et hospitaliers simples.

En 2008, une étude de phénotypage de la population reçue dans ce centre de soins en cure de sevrage éthylique complexe avait été effectuée.²⁶ Celle-ci retrouvait un âge moyen de 44,6 ans, avec une population majoritairement masculine (76,6% d'hommes), l'âge moyen variant peu entre les deux sexes. En se basant sur le nombre de critères du DSM-IV présents dans leur symptomatologie, 58,3% des patients présentaient une alcoolodépendance sévère (avec 6 à 9 critères présents). Parmi ces patients sévèrement alcoolodépendants : l'âge du premier contact avec l'alcool était en moyenne de 14,1 ans, l'âge moyen de la première ivresse était de 20,9 ans, celui auquel une consommation quotidienne était apparue était de 24,1 ans, et celui auquel une dépendance physique était apparue (repérée par la présence de symptômes de sevrage au réveil) était de 31,9 ans.

Enfin, la présence de diverses comorbidités avait également été explorée au décours de cette étude et les résultats étaient les suivants : 74.4% des patients présentaient un trouble anxieux léger à sévère à l'entrée en cure (soit un score supérieur à 7 sur l'échelle Beck Anxiety Inventory), 75.7% des patients présentaient un syndrome dépressif léger à sévère (soit un score supérieur à 11 sur l'échelle Beck Depression Inventory) et la prévalence de la phobie sociale était de 35%. Les fonctions cognitives n'avaient pas été évaluées au décours de cette étude de phénotypage.

Le rapport d'activité établi par le Département de l'Information et la Recherche Médicale du CHPP en 2017 reflète l'activité plus récente du SESAME, mais dans sa globalité, donc en intégrant l'hospitalisation complète (soit les cures de sevrage complexe) mais aussi l'activité de CMP et de l'ELSA.²⁷ L'analyse de la population reçue en 2016/2017 dans les locaux du SESAME était comparable avec les résultats de 2008 en ce qui concerne la moyenne d'âge et le sex ratio. Le rapport d'activité incluait également l'analyse des diagnostics principaux (en termes de cotation CIM 10) des patients reçus dans cette structure. Ainsi, seuls 47% des patients présentaient un diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (cotation F10-F19). De plus, les autres diagnostics principaux les plus fréquemment retrouvés, étaient : 24 % de troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-F48), 9 % de troubles de l'humeur (F30-F39) et 8% de schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (F20-F29).

Le présent travail, ne portant que sur la population reçue en cure de sevrage éthylique complexe, nous allons donc maintenant nous intéresser à la façon dont celles-ci se déroulent.

3.1.3 Déroulement d'une cure au SESAME

Les patients sont adressés en cure alors qu'ils sont soit au domicile, via leur médecin traitant ou psychiatre référent pour la plupart, soit hospitalisés, via l'ELSA pour les patients hospitalisés sur le CHPP ou via les médecins des divers hôpitaux du département (un patient peut donc commencer la cure en arrivant déjà sevré, après une période de sevrage hospitalier). Ils sont alors orientés vers un entretien infirmier, en amont de la cure, afin qu'y soit réalisé une macro cible d'entrée, où le patient peut attester de sa motivation à faire une cure et recevoir les informations relatives au déroulement de celle-ci. Les entrées se font ainsi de manière programmée. Elles ont lieu tous les 15 jours, alors que la durée totale d'une cure est de 4 semaines. Deux cures se déroulent donc, en même temps, dans les locaux, de manière décalée, permettant ainsi à deux groupes (chacun constitué d'une dizaine de patients) de se côtoyer pour les temps informels des repas (pris en commun dans un réfectoire) et les temps libres.

Le déroulement d'une cure de sevrage éthylique complexe au Sésame a lieu en deux temps selon un programme strictement défini [cf. annexe 2]. D'abord un temps de sevrage physique (correspondant approximativement à la première semaine) où l'accent est mis sur les

traitements médicamenteux et la surveillance hospitalière de la survenue de complications du sevrage (sans permission ni activité). Puis un temps de prise en charge psychothérapique, sociale et éducative pendant lequel, bien que le traitement et la surveillance se poursuivent, l'accent est porté sur des activités groupales, des temps d'information, des entretiens médicaux et psychologiques individuels.

D'abord le temps de sevrage physique comporte :

- un entretien médical d'entrée (plutôt réalisé par un psychiatre ou un addictologue) pour refaire le point sur : les antécédents personnels et familiaux (dont les traitements déjà reçus dans le cadre d'un sevrage hospitalier ou ambulatoire), les traitements personnels, l'état thymique, les signes éventuels d'imprégnation alcoolique ou de manque (selon le temps auquel remonte la dernière conso du patient). Le médecin choisira ensuite de prescrire l'un des deux protocoles de traitement médicamenteux (en fonction essentiellement de l'âge et des antécédents médico-chirurgicaux) comportant chacun une benzodiazépine dont la fréquence d'administration dépendra de la surveillance IDE, une vitaminothérapie "à visée neuroprotectrice", une supplémentation en magnésium, et une médication anti craving [cf. annexe 3]. Le médecin s'assure également de l'adhésion aux soins et fait signer un consentement écrit par lequel le patient s'engage à participer à l'ensemble des "temps" de la cure et respecter le règlement pendant toute la durée de son séjour.
- une surveillance infirmière étroite avec réalisation du score de Cushman [cf. annexe 4] permettant entre autre de réguler l'administration des benzodiazépines.
- un entretien médical réalisé par un interne de médecine général, permettant un examen somatique d'entrée et une information du patient quant au résultat de son bilan biologique d'entrée, visant une prise de conscience des modifications objectivables entraînées par l'alcool. A noter qu'un second bilan biologique sera réalisé en début de 3ème semaine et restitué au patient de la même façon, lui permettant ainsi de constater les améliorations internes occasionnées par le sevrage.

Le temps de prise en charge psychothérapique, sociale et éducative intervient plus tard, une fois le patient libéré des affres du sevrage physique, grâce à une série de temps rigoureusement délimités, auxquels le patient s'est engagé à participer :

- les activités en groupe qui débutent dès le 5ème jour, animées par divers intervenants en fonction de leur visée (activités centrées sur la création, l'expression écrite, la mémoire avec les infirmiers, le corps avec le kinésithérapeute, groupe de parole avec le psychologue)

permettent au groupe de patient de s'exprimer autour de la thématique alcool, de s'écouter, de progresser à son rythme dans un cheminement personnel.

- les ateliers d'information animés par le médecin (explications sur les pathologies et les modifications biologiques en lien avec l'alcool, information sur le tabac pouvant déboucher sur une aide individuelle au sevrage tabagique), la diététicienne (conseils sur l'alimentation), et surtout par les infirmiers (information sur les doses standards, la courbe de décroissance de l'alcoolémie, les divers profils de consommation, les stratégies de prévention de la rechute) dispensent un apport de connaissance.

- les entretiens individuels avec le psychologue permettent essentiellement de débiter une psychothérapie qui pourra être poursuivie après la sortie de cure, mais également parfois la réalisation de tests psychométriques.

- les entretiens médicaux évaluent la tolérance du sevrage, l'efficacité et la tolérance des traitements.

- les permissions sont obligatoires et permettent aux patients de se confronter à la réalité extérieure et aux tentations et d'éviter la rupture complète des liens familiaux. Durant celles-ci, le patient s'engage à ne pas consommer sous peine d'exclusion de la cure (la plupart des sorties prématurées pour rupture de contrat ont lieu dans un contexte de réalcoolisation pendant une permission).

- les temps informels d'activités libres où les patients sont libres de s'isoler, ou au contraire de se regrouper pour regarder la télévision, lire, jouer (mise à disposition d'un babyfoot et de jeux de société classiques, type jeux de cartes, échecs et ScrabbleTM), faire du sport (dans une salle à disposition avec autorisation du généraliste), appeler leur proches. Lors de ces temps libres, les patients ont la possibilité de bénéficier d'entretiens infirmiers à leur demande ou proposés par l'équipe.

Après leur sortie et en l'absence d'un suivi antérieur débuté ailleurs, la poursuite d'un suivi sur la partie CMP du Sésame sera proposée (avec le médecin, l'infirmier et/ou le psychologue). De plus, les anciens patients ont la possibilité d'appeler 24h/24 le service où un infirmier se tiendra à leur écoute, pour une réassurance, une réorientation vers un suivi ou un service d'urgence.

3.2 Instruments utilisés

3.2.1 Évaluation de l'état cognitif grâce au MoCA

Ce test composite de dépistage a été initialement créé pour repérer le trouble cognitif léger, ce changement cognitif chez la personne âgée qui serait intermédiaire entre le vieillissement cognitif dit « normal » et la démence. Son utilisation a donc initialement été validée parmi une population de personnes âgées où il est apparu comme nettement plus sensible pour repérer ce trouble cognitif léger que le MMSE et tout aussi spécifique.²⁸ Le MoCA explore 8 domaines cognitifs : visuospatial/exécutif, dénomination, mémoire, attention, langage, abstraction, rappel et orientation.

Le MoCA a ensuite été validé pour dépister des troubles cognitifs chez des patients souffrant de troubles addictifs.²⁹ Dans cette indication, la sensibilité du test était de 83,3 % et sa spécificité de 72,9 %.

Du fait de la forte influence du niveau socio-éducatif sur le résultat de ce test, les concepteurs de ce test avaient déjà proposé d'ajouter un point lorsque la durée de scolarité était inférieure à 12 ans²⁸ (cette limite étant équivalente à notre niveau bac), cette modification est également apparue nécessaire lorsque le test était utilisé parmi une population d'alcoolodépendants.³⁰ Le chiffre du *cut-off* est quant à lui encore sujet à débat, mais nous avons décidé de maintenir le *cut-off* à 26 initialement prévu par les concepteurs du test.

Certains auteurs avaient déjà utilisé le MoCA, en situation de test / re-test afin d'évaluer l'évolution des facultés cognitives, en lien avec le sevrage alcoolique.³¹ Nous avons souhaité faire de même en organisant une première passation à l'admission et une seconde à la fin de l'hospitalisation (4 semaines plus tard). Pour éviter un trop grand biais de mémorisation due à la répétition des tests de manière rapprochée, deux modifications ont été apportées lors de la deuxième passation : la liste de mots pour le rappel devient "main, coton, école, tulipe, vert" et la lettre utilisée pour l'épreuve de fluidité verbale est le "N".

Comme cela a été précédemment présenté à travers le cas de M. N, le MoCA faisait partie des outils habituels utilisés dans le service. Il pouvait donc être intégré aisément au protocole d'une étude préliminaire.

3.2.2 Phase de "prétest" avec mise en place de l'auto et hétéro évaluation

Puisque la mise en place et l'évaluation de l'atelier jeu avait lieu dans le cadre d'une étude préliminaire, il était nécessaire que celles-ci ne perturbent aucunement le fonctionnement habituel de la cure, en s'y intégrant parfaitement. Nous avons donc trouvé un moyen d'évaluer l'état des fonctions cognitives déjà utilisé dans le service, et les soignants avaient bien accepté l'intégration d'une nouvelle activité thérapeutique dans le planning en plein remaniement. Restait à découvrir si les patients accepteraient bien ce thème du jeu de société, perçu par la plupart des adultes, comme un loisir enfantin ou tout au plus familial, ne pouvant pas être partagé entre adultes matures. L'idée a donc été celle d'une mise en place progressive lors d'une phase dite de "pré-test", visant à évaluer la faisabilité de cet atelier.

Tout d'abord, sur la période du 12/01/2015 au 07/02/2015, les 8 patients d'une cure (88% d'hommes, moyenne d'âge 42,9 ans) ont bénéficié de l'atelier jeu sans aucune forme d'évaluation formelle (celui-ci sera décrit en détail dans la partie suivante). Il s'est étalé sur 3 séances pendant lesquels les patients ont été invités à jouer au total à 4 jeux. Les 4 jeux, par ordre chronologique d'apparition se nommaient : BrainstormTM, Speed cupsTM, BrainboxTM, et Time's upTM. À la fin de chaque séance, les patients étaient libres de donner leurs impressions sous forme d'un questionnement ouvert en groupe. Celui-ci portait surtout sur le plaisir éprouvé à jouer et l'impression subjective d'une utilité sur le plan cognitif. Le retour sur l'atelier est globalement positif, mais certains patients font des remarques sur la durée trop courte ou la difficulté de certains jeux (jugés trop ou pas assez difficiles selon les patients). Par ailleurs, il apparaissait nettement que certains patients ne s'exprimaient pas ou peu à l'occasion de ce tour de table. Peut-être n'étaient-ils pas intéressés, ou peut-être leur était-il difficile d'exprimer une opinion personnelle en public ?

L'idée d'un auto-questionnaire individuel a donc vu le jour [cf. annexe 5], pour la session suivante. Celui-ci était constitué de 4 questions à choix multiples afin d'évaluer le ressenti des patients en matière de durée, de difficulté, d'utilité et de plaisir pour chacun des 4 jeux, et d'une question ouverte pour laisser la possibilité aux patients de faire des remarques sur chacun des 3 ateliers.

De plus, de menus ajustements ont été effectués à l'issue de cette première session. Sur le

plan de la difficulté, certaines cartes du BrainstormTM ont, par exemple, été modifiées avec l'aide du premier groupe pour éviter qu'elles ne contiennent des réponses assimilées à des "pièges" ou pour les moderniser un peu (l'édition dont je disposais datant de 1992). En matière de durée, nous avons eu l'idée d'allonger un peu la partie de BrainstormTM en ajoutant une deuxième manche aux règles légèrement différentes. La partie de Time's upTM ne pourra, quant à elle, pas être allongée malgré la demande de la majorité des patients, puisqu'elle occupe à elle seule l'intégralité du créneau horaire alloué pour la dernière séance de l'atelier.

Ce sont donc les 9 patients hospitalisés au cours de la cure suivante (89% d'hommes, moyenne d'âge 45,6 ans), du 26/01/2015 au 21/02/2015, qui ont bénéficié de l'atelier jeu agrémenté d'une évaluation grâce à l'auto-questionnaire et d'une hétéro-évaluation effectuée par le soignant ayant animé l'atelier, sous la forme d'une observation individuelle figurant dans le dossier de chaque patient (ce qui est fait usuellement à la suite de chaque activité au SESAME). A la fin de chaque séance, les patients ont donc reçu un auto-questionnaire. Ils étaient libres de le remplir dans la journée et ils devaient le retourner le soir auprès des infirmiers. Les questionnaires n'étaient pas anonymes, ceci afin de pouvoir analyser les réponses (en particulier celles sur le bénéfice en terme cognitif) en les corrélant à l'hétéro-évaluation. S'ils le souhaitaient, les patients pouvaient être aidés pour lire et compléter le questionnaire par un soignant (ceci en raison d'un niveau d'illettrisme important dans notre région).

Les résultats en terme de satisfaction des patients pour cette phase de pré-test sont présentés sur les figures suivantes (figure 3.2.2.1 à 3.2.2.4), à noter que deux patients sur les neuf entrés en cure, étaient sortis prématurément (l'un pour rupture de contrat, l'autre pour sortie contre avis médical). En conséquence, ils n'ont ni assisté au dernier atelier, ni rempli la partie d'auto-questionnaire en lien avec celui-ci. Un troisième patient est également sorti sur rupture de contrat, mais après avoir bénéficié de la totalité des trois séances de l'atelier jeu de société.

Figure 3.2.2.1: Résultats pour le critère durée (pré-test)

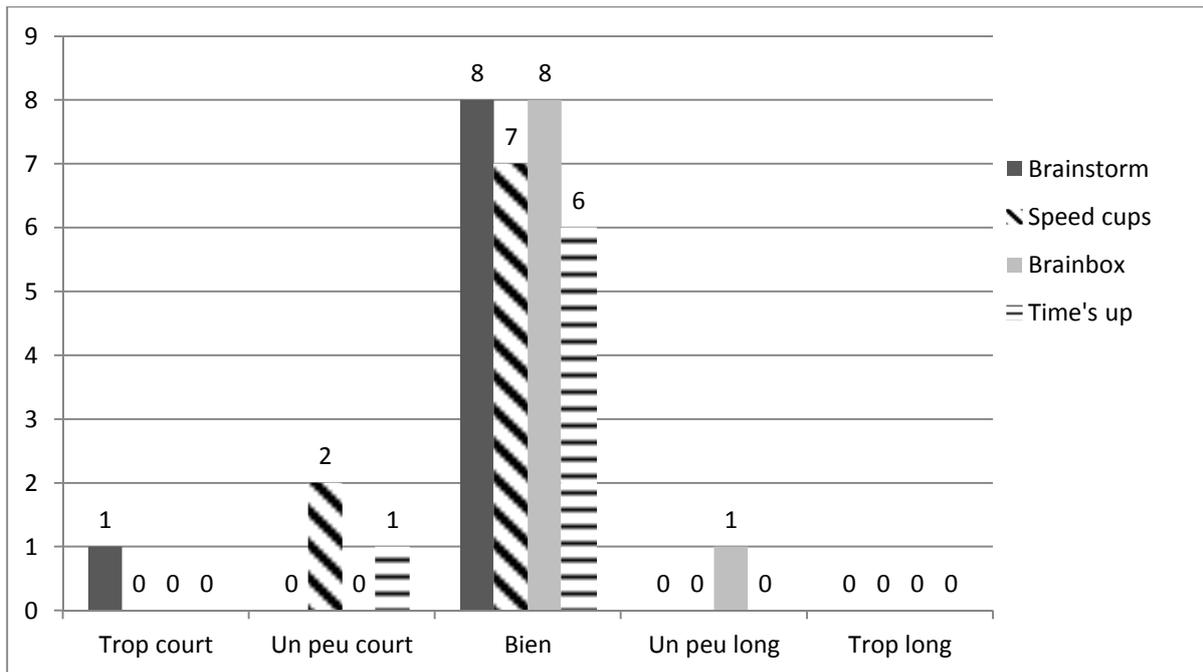


Figure 3.2.2.2: Résultats pour le critère difficulté (pré-test)

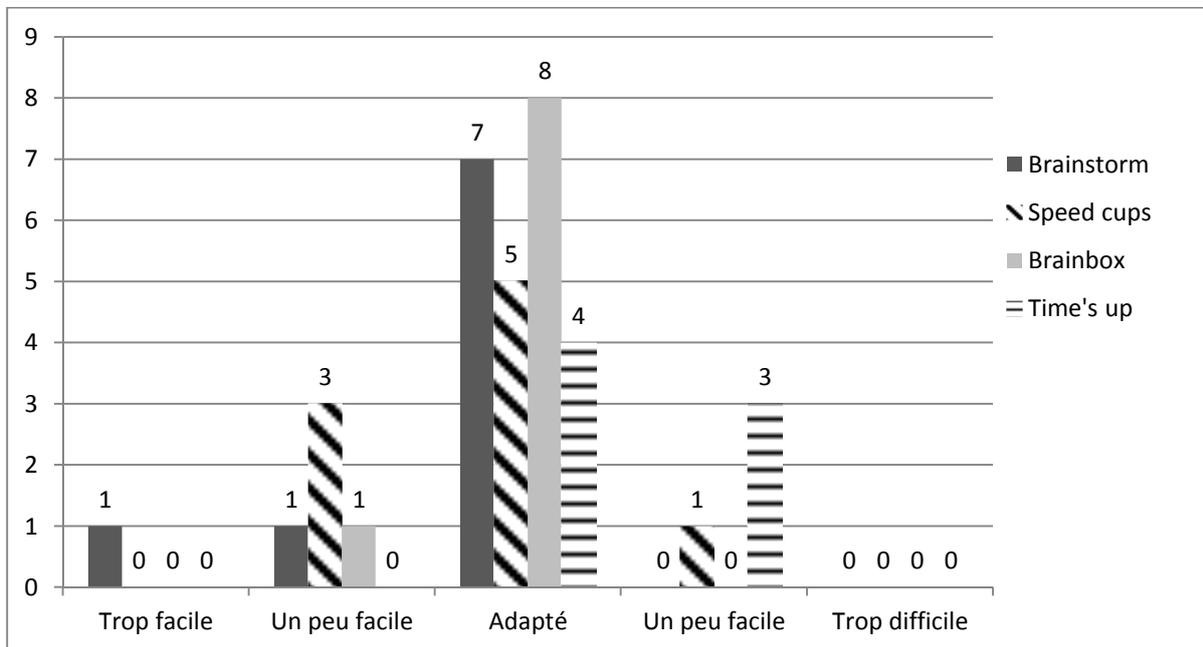


Figure 3.2.2.3: Résultats pour le critère *utilité* (pré-test)

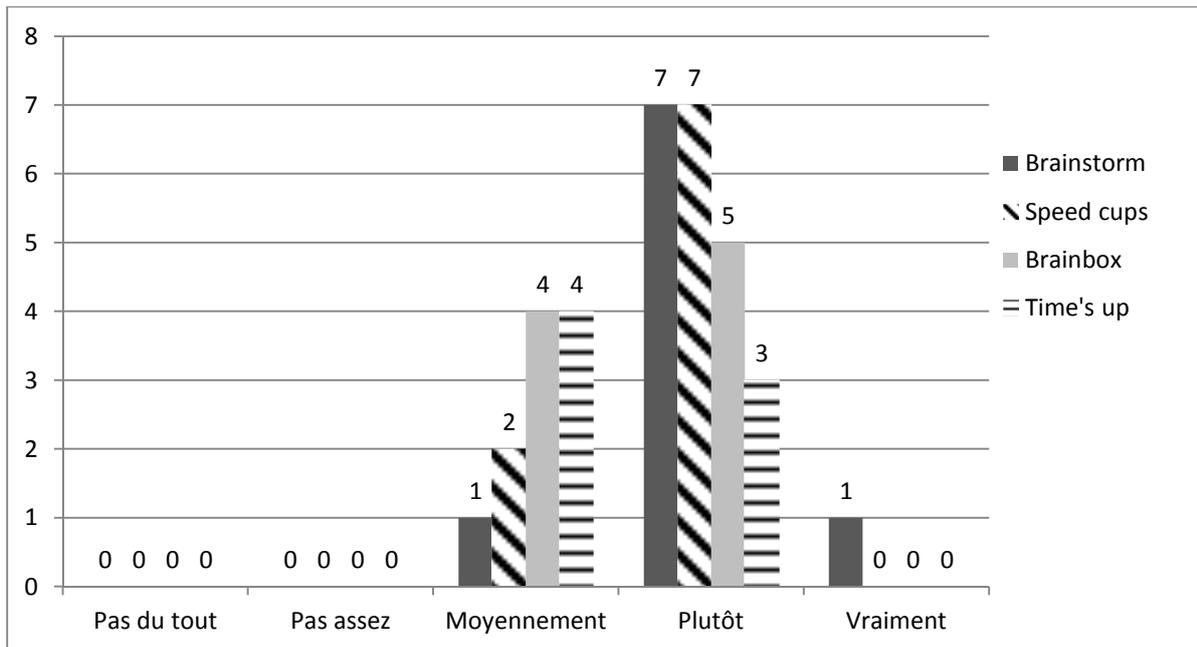
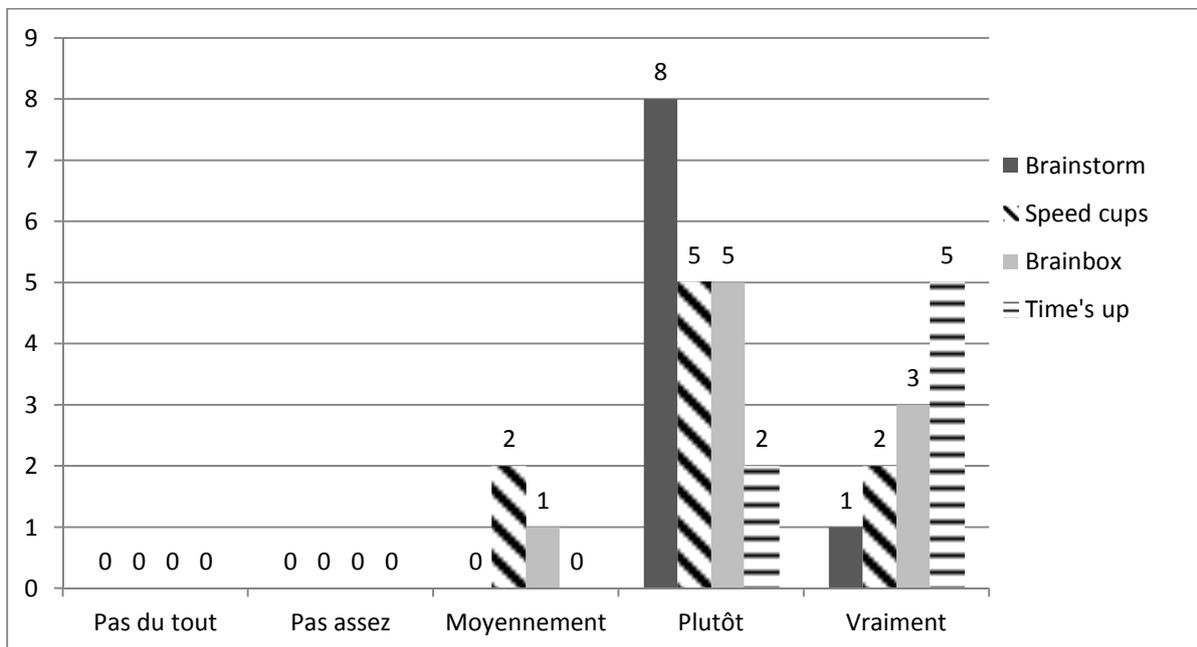


Figure 3.2.2.4: Résultats pour le critère *plaisir* (pré-test)



On peut noter que les patients étaient satisfaits de la durée de chacune des 4 parties de jeu, avec une légère tendance à les trouver un peu courtes (en particulier pour la partie de Speed cups™ (pour laquelle seule une demi-heure était attribuée). En terme de niveau de difficulté, celui de Brainbox™ avait été jugé comme adapté à l'unanimité, celui de Brainstorm™, un peu

voir trop facile pour 22% des patients (n=2) et celui de Time's up™, un peu trop difficile pour 43% des patients y ayant participé (n=3). Les avis étaient divergents concernant le jeu Speed cups™ : jugé d'une part, un peu facile par 33 % des patients (n=3) et d'autre part, un peu difficile par un des patients (soit 11%). De légers ajustements sur le déroulement des parties de jeux ont donc à nouveau été faits en termes de difficulté pour s'ajuster au mieux aux capacités des patients.

En matière d'utilité les parties de Brainstorm™ et Speed cups™ ont été ressenties globalement comme plutôt utiles (78% des patients, n=7). Les deux autres jeux, quant à eux, ont été considéré comme plutôt utiles par une proportion moindre de patient : 56% pour Brainbox™ (n=5) et 43% pour Time's up™ (n=3). Cependant, ce sont ces deux derniers jeux qui ont le plus été vecteurs d'un sentiment de plaisir puisque la partie de Brainbox™ a été qualifiée de vraiment plaisante par 33% des patients (n=3) et celle de Time's up™ l'a été de même par 71% de ceux qui y ont participé (n=5).

Du fait du retour plutôt positif de l'atelier qu'on fait les patients de cette seconde cure, après les modifications apportées avec la participation des patients de la première cure, la mise en place de l'atelier dans sa version finale jointe à l'évaluation des capacités cognitives a pu débiter.

3.3 Design de l'étude

3.3.1 Déroulement de l'atelier et de l'évaluation cognitive

L'évaluation comportait trois parties :

_ L'évaluation de l'état cognitif de chaque patient, réalisé en début et fin de cure, par le biais d'une passation de MoCA (Montreal Cognitive Assessment) entre J2 et J4, puis entre J23 et J26. Celles-ci sont réalisées par le même examinateur. La première évaluation est effectuée préférentiellement à J2 pour les patients présentant un score de Cushman bas, et à J3 ou J4 pour les patients présentant un score élevé, ceci afin de tenter de diminuer l'effet délétère du sevrage physique sur la passation des tests cognitifs.

_ L'hétéro évaluation réalisée par le soignant après chacune des trois séances de l'atelier. Celui-ci remplit pour chaque patient une fiche d'observation nominative en indiquant la participation du patient à l'atelier, les troubles cognitifs évidents constatés, l'éventuel état

émotionnel du patient, les interactions notables avec les autres patients.

_ L'auto évaluation réalisée par le patient, par le biais du même questionnaire de satisfaction que celui utilisé pour la phase de prétest.

L'atelier jeu de société se déroule en trois temps :

_ Un premier atelier a lieu en fin de première semaine de cure et dure une heure. Il comporte un temps de présentation et une partie de BrainstormTM.

_ Un second atelier a lieu en milieu de deuxième semaine de cure et dure une heure. Il comporte une partie de Speed cupsTM et une partie de BrainboxTM.

_ Un troisième atelier a lieu pendant la troisième semaine de cure et dure une heure et demie. Il comporte une partie de Time's upTM.

Le temps de présentation avait pour objectif d'inviter les participants à partager leur conception du jeu de société, à parvenir ensemble à découvrir une définition de ce terme, puis à faire un point sur les attentes de chacun par rapport à l'atelier. Il débutera par un tour de table permettant à chaque patient d'identifier les membres de son groupe, puisque que ce sera la première activité groupale formelle dans la chronologie de la cure.

Le jeu BrainstormTM se joue en deux équipes. Dans une première manche celles-ci vont tenter de deviner tour à tour une liste de dix mot figurant sur une carte [cf. annexe 6.1], en se référant à un thème, avec un temps limite imparti, mais en faisant autant d'erreurs qu'elles le souhaitent. Dans une seconde manche, les mêmes listes sont utilisées et le but est de se rappeler précisément des dix mots figurant sur la carte, en faisant un maximum de deux erreurs. Les participants d'une équipe s'expriment, idéalement à tour de rôle, pendant le tour de celle-ci, mais ne sont pas forcés à s'exprimer.

Le jeu Speed cupsTM se joue par binôme et son concept est assez innovant. Le but est que le binôme dispose devant lui un ensemble de cinq coupes de différentes couleurs pour refléter au mieux la façon dont ces couleurs sont agencés sur un dessin naïf représenté sur une carte [cf. annexe 6.2]. Les rôles sont répartis dans chaque binôme : l'un des partenaires est "l'architecte", qui voit le dessin et donne des indications à l'autre quant à la position des couleurs, l'autre est "le bâtisseur" et est le seul à pouvoir manipuler les coupes en fonction des indications verbales reçues (ces rôles seront intervertis vers le milieu de la partie). Lorsqu'un binôme pense avoir reproduit correctement le modèle, il tape sur une sonnette accessible de

tous. Une fois que chaque binôme a sonné, on procède à une rapide vérification. Les dessins s'enchaînent avec une difficulté croissante, représentant au départ des situations simples d'ordination verticale (il faut empiler les coupes) ou horizontale (il faut aligner les coupes), puis des situations plus complexes où les deux ordinations s'entremêlent, puis où la profondeur intervient (avec une notion devant/derrière).

Le jeu BrainboxTM est joué en équipe. Celles-ci montrent, tour à tour, une carte au recto de laquelle figure une image avec une ligne de texte écrite en dessous (inspirée des contes traditionnels) à l'équipe adverse qui doit l'observer attentivement pendant 10 secondes seulement, puis répondre à une série de 5 questions inscrites au verso concernant des détails de l'image (l'une des questions portant généralement sur le texte en légende) [cf. annexe 6.3]. C'est un jeu court et assez intense.

Le jeu Time's upTM, désormais assez connu, se joue en binôme qui s'affronte pour faire deviner le plus possible de personnalités connues à son partenaire. Le jeu utilisé pour cet atelier se composait de 60 cartes sur lesquelles figurait le nom d'une personnalité réelle ou fictive, vivante ou non [cf. annexe 6.4]. Une partie se jouait avec une quarantaine de cartes, les patients en ayant chacun présélectionné 4 à 7 (variable si l'on jouait à 6, 8 ou 10 joueurs) dont ils avaient donc connaissance en début de partie. Globalement, le jeu se déroule en 3 manches où chaque binôme dispose d'une minute pour faire deviner les personnalités du paquet de cartes, qui passe ensuite au binôme suivant, jusqu'à ce que le paquet soit épuisé. Les règles pour faire deviner sont différentes pour les trois manches : 1. Décrire la personnalité avec pour seule interdiction de la nommer ou d'épeler son nom / 2. Ne prononcer qu'un seul mot / 3. Mimer. La difficulté est donc croissante et il est nécessaire de garder en mémoire les personnalités devinées lors de la manche précédente, puisque ce sont les 40 mêmes cartes qui sont utilisées pour toute la partie.

En résumé le déroulement du protocole de cette étude prospective, longitudinale, comparative était le suivant : (*problème de concordance de temps Passé et futur entre les 2 paragraphes*)

_ Pour le groupe de patients qui bénéficiaient de l'atelier jeu et de l'évaluation cognitive (désigné ci-après par les termes "groupe jeu") :

- entre J2 et J4 (t0) = passation du MoCA de début de cure
- J5 = présentation atelier + BrainstormTM + auto et hétéro évaluation
- J11 = Speed cupsTM + BrainboxTM + auto et hétéro évaluation

- J15 = Time's upTM + auto et hétéro évaluation
- entre J23 et J26 (t1) = passation du MoCA de fin de cure

_ Pour le groupe de patients qui ne bénéficiaient que de l'évaluation cognitive (désigné ci-après par les termes "groupe témoin") :

- entre J2 et J4 (t0) = passation du MoCA de début de cure
- entre J23 et J26 (t1) = passation du MoCA de fin de cure

L'étude préliminaire a donc porté sur six sessions de cures qui se sont déroulées du 09/02/2015 au 04/04/2015 puis du 12/10/2015 au 19/12/2015 (périodes entourant un congé maternité). L'ensemble des patients participant à une cure étant inclus, de façon alternée, dans le groupe jeu ou le groupe témoin.

Les tests statistiques (test *t* de student et Chi-2) ont été réalisés grâce aux calculateurs disponibles en ligne sur le site *Social Science Statistics*.

3.3.2 Explications sur le choix des jeux

3.3.2.1 Impact cognitif

Chaque jeu a tout d'abord été choisi parce qu'il semble exploiter particulièrement une à deux fonctions cognitives évaluée grâce au MoCA. De plus, ceux-ci permettent la mise en œuvre de nombreuses fonctions neuropsychologiques qui ne sont pas spécifiquement évaluées dans le cadre du MoCA.

Concernant le BrainstormTM, la première manche fait appel à la mémoire sémantique et se rapporte particulièrement à la tâche de fluidité verbale. La seconde fait principalement appel à la mémoire à long terme, grâce à un rappel différé des mots. À noter que cette seconde manche n'existe pas dans la version commercialisée du jeu et que nous avons décidé de l'ajouter pour diversifier ce travail sur la fonction mnésique dès la première semaine de sevrage complexe.

Le jeu de Speed cupsTM exploite la fonction exécutive en pouvant être comparé à une tâche de reconnaissance visuospatiale (pour comprendre la représentation sur la carte) et de repérage visuoconstructif (pour la reproduire avec les coupelles). De plus, ce jeu demande beaucoup de concentration et une certaine flexibilité mentale pour que le patient soit capable d'alterner les

diverses consignes d'empilage et d'alignement. Enfin, en ce qui concerne « l'architecte », celui-ci doit faire appel à sa mémoire sémantique, pour énoncer correctement les couleurs et les directions ; en ce qui concerne « le bâtisseur », celui-ci doit utiliser sa mémoire à court terme pour retenir les indications énoncées par son partenaire le temps de placer ses coupelles. Ce dernier aspect n'existe pas dans le jeu originel qui se joue en individuel.

Les cartes BrainboxTM utilisent la mémoire visuelle et la mémoire à court terme essentiellement. Ce jeu fait également appel à la flexibilité mentale (les personnages et situations n'ayant aucun points communs entre les diverses cartes) et à la mémoire de travail dans une moindre mesure (les patients devant sélectionner les informations pertinentes pour répondre aux questions alors qu'ils ont mémorisé la carte de manière globale).

Enfin, le jeu Time's upTM fait surtout travailler à la fois la mémoire sémantique, pour décrire et deviner les personnages (avec une influence assez nette de la culture générale du patient) et la mémoire à long terme, grâce à la mémorisation des cartes lors des premières manches, pour deviner plus aisément lors des dernières. De plus, lors des deuxième et troisième manches, la fonction d'inhibition est mise en branle puisque les patients doivent se retenir de prononcer plus qu'un mot, voire ne plus en prononcer du tout. Enfin la troisième manche permet grâce à l'utilisation du mime de solliciter les praxies idéomotrices et idéatoires.

3.2.2.2 Impact sur l'intégration au groupe

Tous les jeux ont également été choisis dans le but de participer à l'émergence de la dynamique groupale. L'intérêt était que les jeux se jouent en équipe ou en binôme. Concernant les deux se jouant habituellement en individuel (Speed cupsTM et BrainboxTM), les règles ont été modifiées pour permettre de favoriser les échanges groupaux. L'idée était également de procéder de manière progressive, en constituant soi-même les équipes pour le premier atelier (dans un groupe où les patients ne se connaissaient que très peu), dans un souci d'équilibre approximatif. Pour le second atelier, de séparer les binômes et équipes, en fonction des places choisies par chacun autour de la table lors de la seconde séance et de laisser franchement la place aux affinités lors de la constitution par les patients des binômes lors de la dernière séance. N'ayant pas trouvé de jeu coopératif exploitant suffisamment les fonctions cognitives (en dehors de packaging clairement enfantin), l'accent a été mis sur le fair-play, le respect de l'autre et la complémentarité des capacités au sein d'une équipe ou d'un binôme.

L'entraide a été favorisée, pour permettre à certains patients présentant des troubles cognitifs importants d'atteindre l'objectif du jeu. De même, malgré l'insistance des patients, les "scores" n'ont jamais été matérialisés (ni par écrit ni sur une piste de score) pour éviter une trop forte confrontation à l'échec pour ces patients.

La plupart des jeux ont été choisis pour être parlant quel que soit la génération, par exemple grâce au thème des contes traditionnels utilisés pour Brainbox™ (sachant que ce jeu à valence éducative se décline en de nombreuses versions permettant de parfaire ses connaissances de la géographie mondiale ou de l'histoire de France par exemple). L'intérêt était également de favoriser des échanges intergénérationnels en particulier grâce aux personnalités issues de divers univers culturels dans le Time's up™, et a minima grâce aux mots proposés par les patients dans le cadre du Brainstorm™ (par exemple avec le thème des métiers en M, pouvait être proposé à la fois Meunier ou Micro technicien).

3.3.2.3 Impact sur le plaisir et le sentiment de satisfaction personnelle

Tout d'abord, il est intéressant de remarquer qu'il semble inutile de chercher à sélectionner un jeu afin que celui-ci soit plaisant à jouer. Puisque ce qui fait justement l'essence d'un jeu, c'est le fait qu'il soit vecteur de plaisir. Evidemment, nous constatons dans la vie quotidienne qu'un jeu peut plaire plus ou moins selon les goûts, les facultés et les difficultés de chacun. Il n'est pas possible de prévoir quel jeu plaira à coup sûr puisqu'aucun jeu ne plaît de manière universelle. Ce n'est donc pas cela que nous avons recherché. Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, il nous paraissait important, pour conserver l'aspect ludique de l'atelier, de mettre le moins possible en difficulté les patients.

Les jeux avaient ainsi été choisis pour leur niveau de difficulté plutôt bas, permettant en principe d'être joué en famille avec de jeunes, voire très jeunes enfants (indications d'âge présente sur les boîtes : Brainstorm junior™ 6 à 15 ans, Speed cups™ 6 ans et plus, Brainbox Once upon a Time™ 6 ans et plus, Time's up™ party 12 ans et plus), mais permettant dans notre situation de faire jouer certains patients aux fonctions cognitives particulièrement altérées. La version "junior" du Brainstorm™ a d'ailleurs été préférée à la version classique, les thèmes reflétant bien plus le quotidien et ne faisant que très peu appel à la culture générale. Par ailleurs les cartes ont été agrandies (pour Brainstorm™ et Speed cups™) et allégées (pour Time's up™) afin de faciliter leur lecture.

Enfin, aucun jeu classique et universellement connu n'a été choisi. Ceci afin d'éviter la connaissance des règles par certains participants au détriment des autres (à noter que 4 patients au décours de l'étude préliminaire ont déclarés avoir déjà joué à Time's upTM), et également dans un esprit de découverte. Il semblait intéressant d'exposer des jeux modernes (et "semi-moderne" dans le cas du BrainstormTM), pour que les patients prennent conscience des nouvelles possibilités que le jeu de société a à offrir. Ils pouvaient ainsi utiliser à la fois du matériel connu et aisément relié à l'univers du jeu de société classique et "mature" (cartes rappelant la Belote et sablier évoquant les échecs), et du matériel plus incongru et ludique (sonnette et coupes colorées) ; l'ensemble étant nettement évocateur de souvenirs pour la plupart.

4. Résultats

4.1 Caractéristiques de l'échantillon

Une fois passée la phase de pré-test, 57 sujets ont été inclus (28 dans le groupe jeu et 29 dans le groupe témoin). Un sujet a dû être exclu en raison d'une intolérance au traitement d'entrée qui l'avait excessivement sédaté, rendant le MoCA d'entrée inexploitable.

Certains patients avaient bénéficié d'un sevrage hospitalier avant leur arrivée en cure. Trois patients du groupe jeu étaient donc déjà sevrés à leur entrée et 1 patient pour le groupe témoin.

Le contrat signé par le patient en début de cure implique une sortie pour rupture de contrat en cas de réalcoolisation (en particulier au décours des permissions). Ainsi quatre patients du groupe jeu sont sortis prématurément (respectivement à J13, J15, J15, et J21). De plus, l'un des patients du groupe jeu est sorti à J24 de façon programmée pour intégrer une postcure. Ces cinq patients ayant bénéficié d'au moins deux des trois ateliers jeux n'ont pas été exclus de l'étude préliminaire.

En revanche, ces cinq patients sortis avant la date de fin de cure n'ont pas pu être évalués une seconde fois sur le plan cognitif. De même, l'un des patients du groupe témoin a demandé sa sortie contre avis médical à J6 et n'a donc pas bénéficié d'un MoCA en fin de cure.

Les caractéristiques sociodémographiques de la population sont présentées dans le tableau suivant (cf. tableau 4.1). A l'entrée en cure, le groupe jeu était constitué de 68% d'hommes (n=19) alors qu'il y avait 79% d'hommes (n=23) dans le groupe témoin. Les groupes étaient comparables en matière de répartition entre les sexes.

La moyenne d'âge du groupe jeu était de 43,4 ans ; tandis que celle du groupe témoin était de 46,2 ans. Les groupes étaient comparables sur ce point (p=0,14). Par ailleurs, les patients avaient été catégorisés en fonction de leur âge, selon qu'ils avaient moins de 45 ans et 45 ans et plus. Les groupes étaient également homogènes concernant cette répartition.

Le niveau scolaire est une information requise pour la passation du MoCA, en particulier, pour ajouter un point au score, si la durée de scolarisation du patient est inférieure à 12 ans. De nombreux patients rentraient dans cette catégorie et le niveau éducatif a été catégorisé comme suit : niveau éducatif faible (correspondant à une durée de scolarité inférieure à 12 ans), niveau éducatif moyen (correspondant à une durée de scolarité égale à 12 ans) et niveau éducatif élevé (correspondant à une durée de scolarité supérieure à 12 ans). Les deux groupes étaient comparables concernant cette répartition du niveau éducatif.

Tableau 4.1 : Caractéristiques sociodémographiques

| | Groupe jeu (n=28) | | Groupe témoin (n=29) | | Chi2 | p |
|--------------------|-------------------|------|----------------------|------|------|---------|
| | n | % | n | % | | |
| Sexe | | | | | 0,96 | 0,33 NS |
| - hommes | 19 | 68 % | 23 | 79 % | | |
| - femmes | 9 | 32 % | 6 | 21 % | | |
| Age | | | | | 0,86 | 0,35 NS |
| - moins de 45 ans | 16 | 57 % | 13 | 45 % | | |
| - 45 ans et plus | 12 | 43 % | 16 | 55 % | | |
| Niveau scolaire | | | | | 3,61 | 0,16 NS |
| - faible (< 12ans) | 20 | 71% | 15 | 52% | | |
| - moyen (= 12ans) | 1 | 4% | 5 | 17% | | |
| - élevé (> 12 ans) | 7 | 25% | 9 | 31% | | |

4.2 Résultats concernant les fonctions cognitives par le biais de l'analyse des MoCA

4.2.1 Comparaison des deux groupes

Les scores moyens obtenus au MoCA réalisé en début de cure, entre J2 et J4, étaient de 23,39 dans le groupe jeu et 24,55 dans le groupe témoin. Ces scores d'entrée en cure étaient comparables entre le groupe jeu et le groupe témoin. Cependant le sous-score d'abstraction était significativement moindre dans le groupe jeu (cf. tableau 4.2.1.1).

Un score inférieur à 26 sur 30 (témoignant de la présence de troubles cognitifs) était constaté chez 19 patients du groupe jeu et 16 patients du groupe témoin. Les deux groupes étaient comparables en matière de proportion de patients ayant un score inférieur à 26 (cf. tableau 4.2.1.2).

Dans les deux groupes, les fonctions cognitives les plus dégradées (pour lesquelles la moyenne des scores étaient inférieure à 75% de la valeur maximale) étaient : la reconnaissance visuospatiale combinée à la fonction exécutive (3,54 /5 dans le groupe jeu et 3,45 /5 dans le groupe témoin), la capacité d'abstraction (1,07 /2 dans le groupe jeu et 1,48 /2 dans le groupe témoin) et la mémoire de rappel (3,43 /5 dans le groupe jeu et 3,62 /5 dans le groupe témoin). Par ailleurs, dans le groupe jeu la fonction du langage était également particulièrement altérée (moyenne de 2,00 / 3).

Tableau 4.2.1.1 : Scores MoCA à l'entrée

| | MoCA d'entrée groupe jeu moyenne [écart type] | MoCA d'entrée groupe témoin moyenne [écart type] | T-Test student t | dep |
|--|---|--|------------------------|-------------|
| Score total | 23,89 [3,88] | 24,86 [3,96] | -0,93 | 0,18 NS |
| Sous-scores (<i>/ valeur max</i>) | | | | |
| - visuospatial / exécutif (<i>/ 5</i>) | 3,54 [1,14] | 3,45 [1,35] | 0,26 | 0,40 NS |
| - dénomination (<i>/ 3</i>) | 2,79 [0,42] | 2,93 [0,26] | -1,59 | 0,06 NS |
| - attention (<i>/ 6</i>) | 4,57 [1,32] | 4,72 [1,41] | -0,42 | 0,34 NS |
| - langage (<i>/ 3</i>) | 2,00 [0,86] | 2,31 [0,81] | -1,41 | 0,08 NS |
| - abstraction (<i>/ 2</i>) | 1,07 [0,90] | 1,48 [0,74] | -1,89 | 0,03 |
| - mémoire de rappel (<i>/ 5</i>) | 3,43 [1,43] | 3,62 [1,47] | -0,50 | 0,31 NS |
| - orientation (<i>/ 6</i>) | 5,79 [0,50] | 5,79 [0,47] | -0,33 | 0,37 NS |

Tableau 4.2.1.2 : Score MoCA inférieur à 26 à l'entrée

| | Score < 26 | | Score ≥ 26 | | Chi2 | p |
|-------------------------------|------------|----|------------|----|------|---------|
| | n | % | n | % | | |
| Jeu entrée (<i>n=28</i>) | 18 | 64 | 10 | 36 | 0,98 | 0,33 NS |
| Témoin entrée (<i>n=29</i>) | 16 | 55 | 13 | 45 | | |

Les scores moyens obtenus au MoCA réalisé en fin de cure, entre J3 et J26, étaient de 26,13 dans le groupe jeu et 25,96 dans le groupe témoin. Cette fois ci, les scores moyens avoisinaient la valeur seuil représentant la présence de troubles cognitifs. Ces scores de fin de cure étaient comparables entre les deux groupes. Il en allait de même pour les sous-scores (cf. tableau 4.2.1.3).

Tableau 4.2.1.3 : Scores MoCA à la sortie

| | MoCA de sortie groupe jeu moyenne [écart type] | MoCA de sortie groupe témoin moyenne [écart type] | T-Test student t | dep |
|--|--|---|------------------------|---------|
| Score total | 25,66 [4,62] | 26,36 [3,40] | 0,24 | 0,40 NS |
| Sous-scores (<i>/ valeur max</i>) | | | | |
| - visuospatial / exécutif (<i>/ 5</i>) | 4,30 [0,93] | 4,21 [1,03] | 0,32 | 0,37 NS |
| - dénomination (<i>/ 3</i>) | 2,91 [0,29] | 2,96 [0,19] | -0,76 | 0,22 NS |
| - attention (<i>/ 6</i>) | 4,78 [1,62] | 4,96 [1,29] | -0,45 | 0,33 NS |
| - langage (<i>/ 3</i>) | 1,96 [0,98] | 2,29 [0,71] | -1,39 | 0,09 NS |
| - abstraction (<i>/ 2</i>) | 1,52 [0,73] | 1,50 [0,75] | 0,10 | 0,46 NS |
| - mémoire de rappel (<i>/ 5</i>) | 4,43 [0,73] | 3,89 [1,42] | 1,65 | 0,05 NS |
| - orientation (<i>/ 6</i>) | 5,96 [0,21] | 6,00 [0,00] | -1,11 | 0,14 NS |

4.2.2 Évolution au sein du groupe jeu

La comparaison des scores obtenus à l'entrée et à la sortie par les patients du groupe jeu a permis de mettre en évidence une amélioration significative du score total ($p=0,005$), donc une tendance à l'amélioration globale des fonctions cognitives pour les patients ayant bénéficié de l'ensemble d'une cure agrémentée d'un atelier de médiation thérapeutique par le jeu de société (cf. tableau 4.2.2.1). Les fonctions cognitives pour lesquelles une amélioration significative était la fonction visuospatiale / exécutive ($p=0,006$), la fonction d'abstraction ($p=0,03$) et la mémoire de rappel ($p=0,002$).

Le nombre de patients présentant un score inférieur à 26 (témoignant de la présence de troubles cognitifs) avait diminué de manière significative dans le groupe jeu ($p=0,003$), passant de 19 patients (sur 28) en début de cure à 6 patients (sur 23) en fin de cure (cf. tableau 4.2.2.2). Ceci indique une tendance à l'efficacité de la cure assortie d'un atelier jeu, en termes d'amélioration cognitive.

Tableau 4.2.2.1 : Scores MoCA du groupe jeu

| | MoCA d'entrée groupe jeu moyenne [écart type] | MoCA de sortie groupe jeu moyenne [écart type] | T-Test student t | dep |
|--|---|--|------------------------|--------------|
| Score total | 23,89 [3,88] | 25,66 [4,62] | -2,46 | 0,009 |
| Sous-scores (<i>/ valeur max</i>) | | | | |
| - visuospatial / exécutif (<i>/ 5</i>) | 3,54 [1,14] | 4,30 [0,93] | -2,61 | 0,006 |
| - dénomination (<i>/ 3</i>) | 2,79 [0,42] | 2,91 [0,29] | -1,24 | 0,11 NS |
| - attention (<i>/ 6</i>) | 4,57 [1,32] | 4,78 [1,62] | -0,52 | 0,30 NS |
| - langage (<i>/ 3</i>) | 2,00 [0,86] | 1,96 [0,98] | 0,17 | 0,43 NS |
| - abstraction (<i>/ 2</i>) | 1,07 [0,90] | 1,52 [0,73] | -1,93 | 0,03 |
| - mémoire de rappel (<i>/ 5</i>) | 3,43 [1,43] | 4,43 [0,73] | -3,07 | 0,002 |
| - orientation (<i>/ 6</i>) | 5,79 [0,50] | 5,96 [0,21] | -1,53 | 0,07 NS |

Tableau 4.2.2.2 : Scores MoCA du groupe jeu < ou ≥ à 26

| | Score < 26 | | Score ≥ 26 | | Chi2 | p |
|----------------------------|------------|----|------------|----|------|--------------|
| | n | % | n | % | | |
| Jeu entrée (<i>n=28</i>) | 18 | 64 | 10 | 36 | 7,40 | 0,007 |
| Jeu sortie (<i>n=23</i>) | 6 | 26 | 17 | 74 | | |

4.2.3 Évolution au sein du groupe témoin

Une amélioration était également retrouvée dans le groupe témoin, entre la moyenne des scores obtenus au MoCA d'entrée et de fin de cure (cf. tableau 4.2.3.1), cependant celle-ci était non-significative ($p=0,07$). Cependant, en matière de sous-scores, une amélioration significative était notée dans le groupe témoin pour la fonction visuospatiale / exécutive ($p=0,01$).

Le nombre de patients présentant un score inférieur à 26 (témoignant de la présence de troubles cognitifs) avait diminué également dans le groupe témoin, mais pas de manière significative ($p=0,08$), passant de 16 patients (sur 29) en début de début de cure à 9 patients (sur 28) en fin de cure (cf. tableau 4.2.3.2). Ceci pourrait témoigner d'une efficacité un peu moindre de la cure classique proposée au SESAME, en termes d'amélioration cognitive.

Tableau 4.2.3.1 : Scores MoCA du groupe témoin

| | MoCA d'entrée groupe témoin moyenne [écart type] | MoCA de sortie groupe témoin moyenne [écart type] | T-Test student t | dep p |
|--|--|---|------------------------|-------------|
| Score total | 24,86 [3,96] | 26,36 [3,40] | -1,53 | 0,07 NS |
| Sous-scores (<i>/ valeur max</i>) | | | | |
| - visuospatial / exécutif (<i>/ 5</i>) | 3,45 [1,35] | 4,21 [1,03] | -2,40 | 0,01 |
| - dénomination (<i>/ 3</i>) | 2,93 [0,26] | 2,96 [0,19] | -0,55 | 0,29 NS |
| - attention (<i>/ 6</i>) | 4,72 [1,41] | 4,96 [1,29] | -0,67 | 0,25 NS |
| - langage (<i>/ 3</i>) | 2,31 [0,81] | 2,29 [0,71] | 0,12 | 0,45 NS |
| - abstraction (<i>/ 2</i>) | 1,48 [0,74] | 1,50 [0,75] | -0,09 | 0,47 NS |
| - mémoire de rappel (<i>/ 5</i>) | 3,62 [1,47] | 3,89 [1,42] | -0,71 | 0,24 NS |
| - orientation (<i>/ 6</i>) | 5,79 [0,47] | 6,00 [0,00] | -0,95 | 0,30 NS |

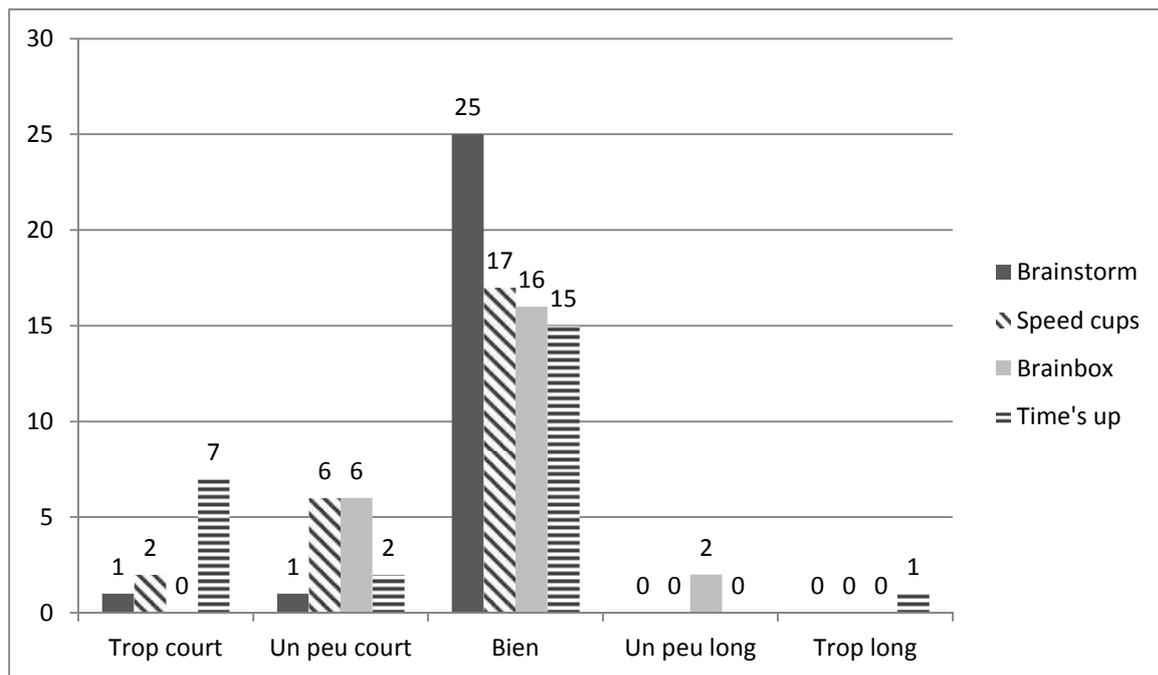
Tableau 4.2.3.2 : Scores MoCA du groupe témoin < ou ≥ à 26

| | Score < 26 | | Score ≥ 26 | | Chi2 | p |
|-------------------------------|------------|----|------------|----|------|---------|
| | n | % | n | % | | |
| Témoin entrée (<i>n=29</i>) | 16 | 55 | 13 | 45 | 3,07 | 0,08 NS |
| Témoin sortie (<i>n=28</i>) | 9 | 32 | 19 | 68 | | |

4.3 Résultats des réponses aux questions fermées des auto-questionnaires et mise en évidence d'un sentiment de satisfaction personnelle

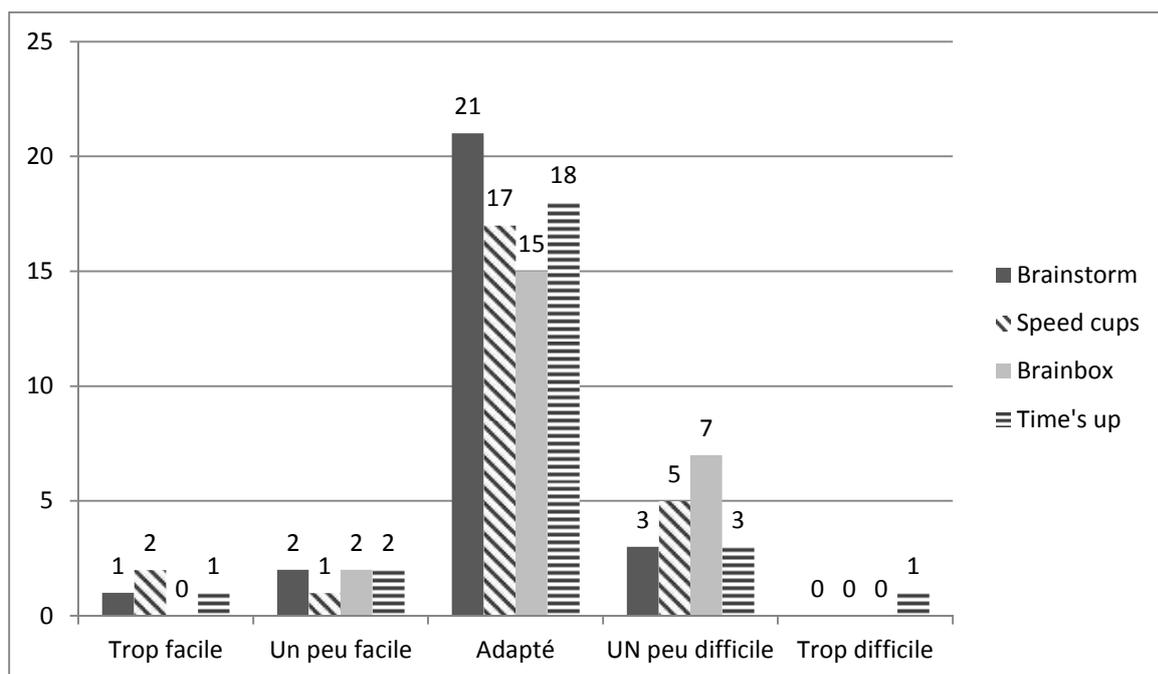
L'analyse des réponses données par les patients aux quatre questions à choix multiples de l'auto-questionnaire a permis de mettre en évidence la bonne acceptation de l'atelier par les patients. En matière de durée (cf. figure 4.3.1), celle-ci a montré que la plupart des patients l'avaient jugé adaptée pour l'ensemble des jeux, avec une tendance pour environ un quart des patients à la désigner comme un peu ou trop courte (en particulier pour les jeux joués pendant le deuxième et troisième atelier).

Figure 4.3.1 : Ressenti des patients à l'issue des quatre jeux en termes de durée



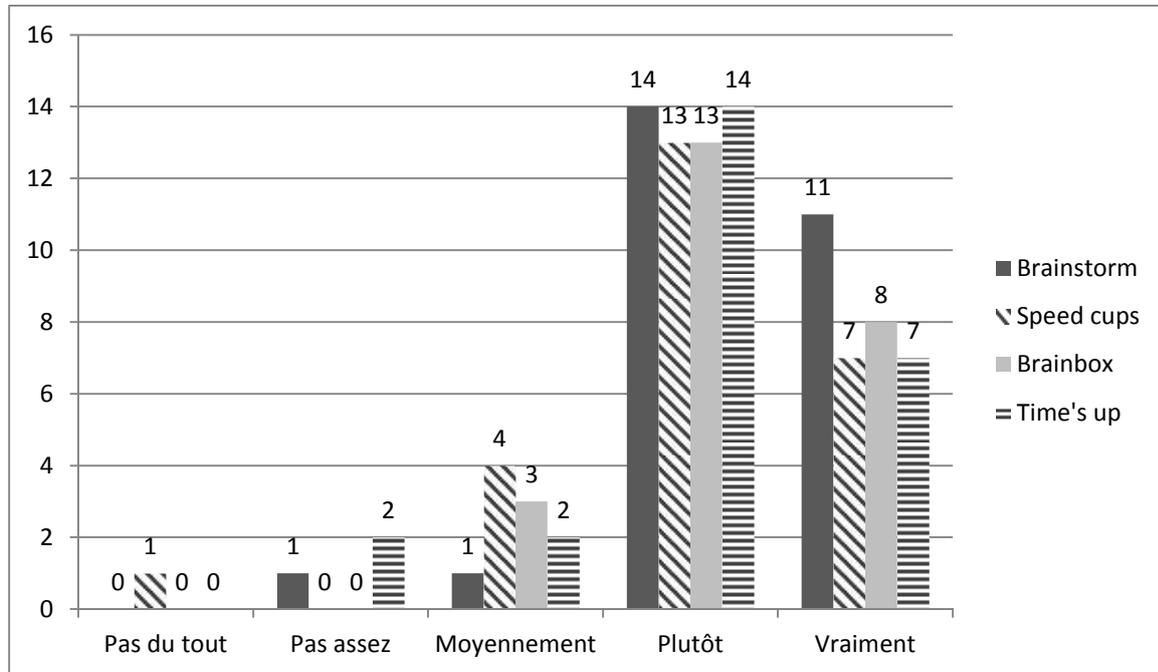
Sur le plan de la difficulté, 71 % des patients avaient ressenti pour l'ensemble des jeux un niveau de difficulté adapté (cf. figure 4.3.2). Par ailleurs pour chaque jeu, un petit groupe d'individu trouvait le jeu un peu facile ou trop facile, tandis qu'un autre le trouvait un peu difficile ou trop difficile, témoignant de l'hétérogénéité du ressenti que chacun avait de ses propres capacités.

Figure 4.3.2 : Ressenti des patients à l'issue des quatre jeux en termes de difficulté



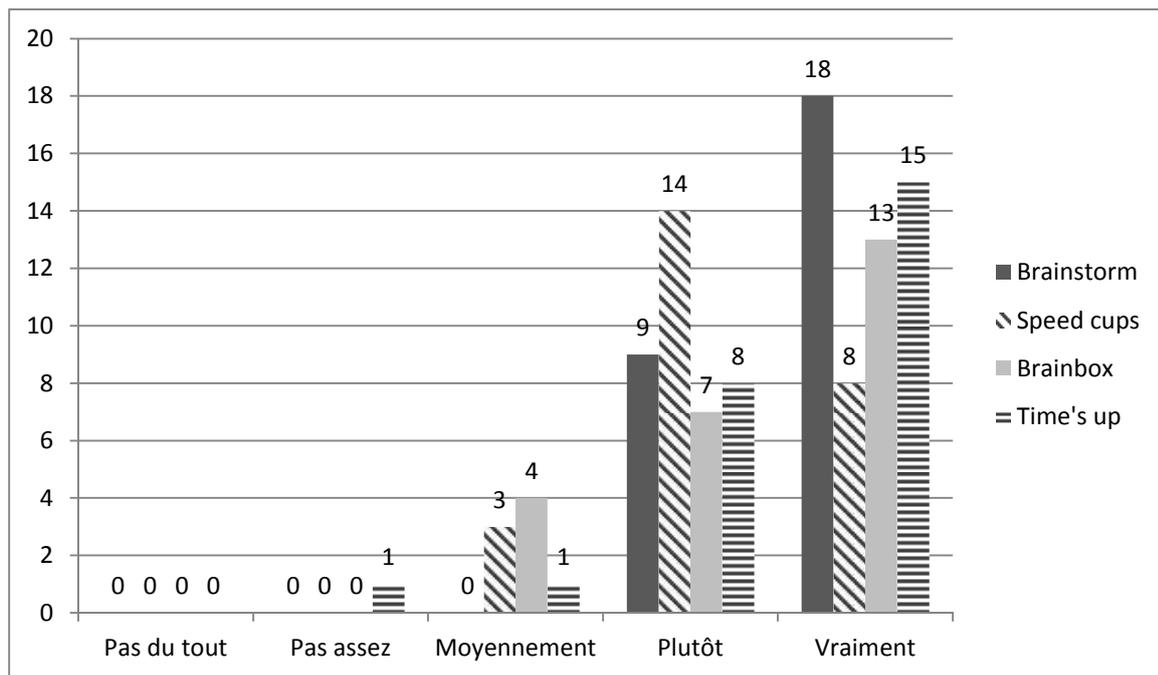
Les patients avaient également été interrogés sur l'impression d'utilité que leur procurait chaque jeu. Pour l'ensemble des quatre jeux, 86% des patients avaient jugé l'atelier plutôt ou vraiment utile (cf. figure 4.3.3).

Figure 4.3.3 : Ressenti des patients à l'issue des quatre jeux en termes d'utilité



Enfin l'analyse du ressenti en matière de plaisir, recueilli par le biais de la quatrième question à choix multiples de l'auto-questionnaire, était encourageant. En effet, 91% des patients avaient répondu «plutôt» ou «vraiment» à cette question. Et 53% des patients avaient déclaré avoir «vraiment» éprouvé du plaisir en jouant (cf. figure 4.3.4). Ce paramètre semblait mettre en évidence une tendance à l'amélioration du sentiment de satisfaction personnelle ressenti par les patients.

Figure 4.3.4 : Ressenti des patients à l'issue des quatre jeux en termes de plaisir



4.4 Résultats de la question ouverte de l'auto-questionnaire et de l'observation libre rédigée par le soignant

4.4.1 Ressenti par rapport à l'intégration au groupe

Tout au long de l'étude préliminaire, les patients ont souvent pointé parmi les aspects bénéfiques de l'atelier, une facilitation de l'intégration au groupe et une exacerbation du sentiment de cohésion entre les participants. En effet, dans les réponses à la question ouverte de l'auto-questionnaire allaient dans ce sens. Parmi celles-ci figuraient les exemples suivants :

- « C'est utile du fait d'être ensemble »,
- « Atelier très plaisant, qui permet une meilleure connaissance du groupe et facilite les rapports. Donc c'est parfait pour une première semaine »,
- « Cela permet de renforcer le groupe tout en s'amusant ».

De plus, l'attention du soignant qui encadrait les ateliers était tournée aussi vers cet aspect. À de nombreuses reprises, des patients plutôt en retrait habituellement ont semblé facilement trouver une place au sein de l'équipe ou du binôme auxquels ils appartenaient et ainsi se sentir valorisés.

4.4.2 Inadéquation entre le ressenti du patient et l'observation du soignant

Cependant l'observation du soignant a également pu souligner pour certains patients des contradictions évidentes entre leur ressenti et la réalité de la situation. Ces inadéquations concernaient particulièrement la difficulté à comprendre les règles du jeu et l'intégration au groupe de pairs.

En effet, certains patients atteints de lourds troubles cognitifs qui peinaient particulièrement pour suivre les différents jeux aux yeux du soignant, pouvaient répondre lors de l'auto-questionnaire qu'ils avaient trouvé le jeu trop facile. C'était également le cas pour deux patients schizophrènes.

D'autre part, ces mêmes patients pouvaient exprimer à travers leur commentaires écrits ou oraux un sentiment d'être bien intégré au reste du groupe, alors que la plupart du temps ceux-ci étaient insidieusement ou parfois ouvertement mis à l'écart par la majeure partie du groupe. C'était particulièrement le cas des patients souffrant de troubles psychotiques. Les autres patients souffrant de lourds troubles cognitifs, bien que parfois moqués, étaient plus volontiers soutenus par certains de leurs pairs qui tentaient de valoriser leurs réussites éparses.

5. Discussion

5.1 Troubles cognitifs en lien avec l'alcoolodépendance

5.1.1 Natures de ces troubles

L'alcoolodépendance induit de nombreuses altérations cognitives. La consommation excessive et prolongée d'alcool est responsable d'effets neurotoxiques et les manifestations les plus sévères de cette neurotoxicité sont connues de longue date. Ce sont les encéphalopathies liées à l'alcool ; l'Encéphalopathie de Gayet-Wernicke et le syndrome de Korsakoff (aussi qualifié de syndrome amnésique, puisqu'il est caractérisé par une altération spécifique de la mémoire d'encodage). Cependant, en dehors de ces tableaux extrêmes, l'alcoolodépendance entraîne des atteintes cérébrales d'intensité variable chez l'ensemble des patients qui en sont atteints. Celles-ci ont pu être mises en évidence depuis plusieurs décennies, d'abord grâce aux études post-mortem, puis à l'aide de techniques d'imagerie avancées.²¹

Les atteintes cérébrales, en cas de consommation régulière et excessive d'alcool, sont d'une part, en lien avec l'action directe neurotoxique de celui-ci ou de son métabolite, l'acétaldéhyde, sur divers neurotransmetteurs (systèmes GABAergique, glutamatergique et opioïde en particulier). D'autre part, ces atteintes peuvent être causées de manière indirecte, car la consommation régulière d'alcool entraîne des carences vitaminiques, nutritionnelles et des lésions vasculaires ou traumatiques qui, à leur tour, entraînent des lésions cérébrales.⁵

On constate que l'ensemble des régions cérébrales peut être touché, par le biais d'une diminution de la densité globale de la matière blanche et d'une atrophie corticale généralisée.²¹ Néanmoins, certaines régions semblent préférentiellement lésées. Concernant la substance grise, les atteintes sont principalement constatées au niveau du cortex frontal, du cervelet, du cortex cingulaire, du thalamus et de l'hippocampe. La substance blanche, quant à elle, est particulièrement altérée dans les régions du corps calleux, du tronc cérébral et du pont. Ainsi le circuit fronto-cerebelleux et le circuit de Papez semblent particulièrement altérés.⁵

Ces atteintes cérébrales sont associées à un large éventail de troubles neuropsychologiques. Les premières études sur le sujet ont pu souligner le corrélat entre la diminution de volume

des aires frontales et l'intensité de l'altération des fonctions exécutives.³² En effet , le syndrome dysexécutif semble avoir une place prédominante dans la symptomatologie neuropsychologique associée à l'alcoolodépendance, puisque le profil cognitif majoritaire dans la population alcoolodépendante (deux tiers de celle-ci) se caractérise par la présence d'un syndrome dysexécutif au premier plan, sans altérations des fonctions mnésiques et intellectuelles⁶ Sur le plan psychologique, ce profil prépondérant se repère, entre autre, par des difficultés de changement de comportement contrastant avec une surestimation des capacités à y parvenir.⁵

L'altération des fonctions exécutives se traduit par une diminution des capacités d'inhibition, de flexibilité mentale, de planification, de manipulation en mémoire de travail et de conceptualisation, ainsi que par une réduction, modérée à sévère, de la vitesse de traitement de l'information.²² Cependant, au-delà de ces aspects élémentaires du fonctionnement exécutif, ce syndrome dysexécutif concerne des aspects plus écologiques avec une répercussion dans la vie quotidienne.⁵

D'autres fonctions cognitives se trouvent être fréquemment altérées dans la population alcoolodépendante. C'est le cas des fonctions visuospatiales, bien que les difficultés rencontrées pour effectuer des tâches de type figure de Rey, puissent être en partie le reflet d'une altération du traitement exécutif. Une altération de la mémoire épisodique est retrouvée chez un tiers des patients alcoolodépendants.⁶ Celle-ci se caractérise par une diminution des capacités d'apprentissage verbal et non verbal, des troubles de l'encodage et de la récupération, ainsi que par une altération du niveau de conscience lié au souvenir.³³

Ces déficits cognitifs classiques sont complétés par d'autres troubles neuropsychologiques. Il existerait une sur-activation du système automatique, impliqué dans l'évaluation affective des stimulations, menant à des réponses appétitives impulsives. Celle-ci, corrélée à la sous-activation du système réflexif, conduirait à une appétence accrue envers les stimulations liées à l'addiction.²¹ Cette sur-activation se manifeste par la présence du *craving* (un état psychologique où l'ensemble des ressources du patient sont focalisées sur le fait d'accéder à une substance et à la consommer) et d'un biais attentionnel (un traitement préférentiel des stimulations associées à l'alcool).

Des altérations émotionnelles et interpersonnelles sont également décrites dans

l'alcoolodépendance. Cette dernière peut s'associer à une augmentation de la tendance à l'alexithymie (incapacité à identifier et décrire ses propres états émotionnels) et à un trouble de l'identification des émotions (véhiculées par la prosodie, les expressions faciales ou la posture).⁵ À ces modifications viennent s'ajouter des troubles de la cognition sociale, avec des difficultés de théorie de l'esprit (capacité à inférer des états mentaux affectifs et cognitifs dans le but d'anticiper et de comprendre les comportements d'autrui). Cependant, les patients alcoolodépendants semblent présenter une altération de la théorie de l'esprit affective, avec une préservation de la théorie de l'esprit cognitive préservée.²¹

Il existe également, chez cette population, un déficit de métacognition, celle-ci représentant les capacités qu'ont les patients à estimer leur propre fonctionnement cognitif. Ainsi, certains d'entre eux, bien qu'ayant des troubles neuropsychologiques avérés, auraient tendance à surestimer leurs performances cognitives. Cette altération de la métacognition peut être rapprochée du concept psychopathologique de déni. Ainsi, elle pourrait représenter une forme mineure de l'anosognosie propre au tableau clinique du syndrome de Korsakoff.²²

Enfin, des troubles psychomoteurs viennent compléter cet éventail de troubles neuropsychologiques en lien avec l'alcool. Ceux-ci s'expriment par une altération de la dextérité fine, de la coordination des membres supérieurs. Dans les tableaux les plus sévères, ils peuvent se manifester par une ataxie, regroupant des troubles de la marche et de la coordination, associés à une instabilité posturale avec élargissement du polygone de sustentation.²²

Les différents troubles cognitifs liés à l'alcool que nous venons d'aborder (neurocognitifs, automatiques, émotionnels, interpersonnels, concernant la métacognition ou encore psychomoteurs) ont été catégorisés pour plus de clarté. Cependant, ils sont en interactions permanentes et chaque type de trouble peut influencer les autres. C'est, par exemple, le cas des déficits exécutifs et mnésiques qui sous-tendent, en partie, les troubles émotionnels et interpersonnels.²¹ En pratique clinique, le patient doit toujours être considéré dans sa globalité et il en va de même pour l'ensemble de ses troubles cognitifs.

5.1.2 Intérêt de traiter ces troubles

La combinaison de ces troubles cognitifs entraîne des répercussions négatives sur la qualité de

vie des patients et leur insertion professionnelle.³⁴ Par exemple, le déficit de l'intelligence émotionnelle pourrait conduire à une sorte de cercle vicieux, en aggravant les problèmes interpersonnels, qui entraîneraient à leur tour une augmentation de la consommation d'alcool (stratégie de *coping* pour faire face à l'isolement social). Cette intensification de la consommation aboutirait, de par la neurotoxicité de l'alcool, à une augmentation du déficit des traitements émotionnels, clôturant le cercle vicieux.²¹ Les répercussions d'altération de fonctions cognitives classiques, telle que la mémoire épisodique, semblent quant à elles assez évidentes en termes de diminution des capacités en milieu professionnel.

Ces troubles ont également un impact négatif sur le maintien de l'abstinence et certains d'entre eux sont associés à un taux de rechute accru.⁷ D'une part, les troubles cognitifs diminuent la compliance aux traitements médicamenteux²⁹ ; d'autre part, ils entraînent une moindre efficacité de la psychoéducation, des thérapies motivationnelles et des thérapies cognitivo-comportementales sur lesquelles reposent la prise en charge traditionnelle des patients alcoolodépendants.⁵ En effet, l'éducation thérapeutique fait appel à la mémoire sémantique pour acquérir de nouvelles informations, telles que la description des pathologies liées à l'alcoolodépendance.³³ Des capacités cognitives préservées contribuent également, à l'inscription du patient dans les premiers stades de changement, entre autres, en lui permettant de se souvenir des conséquences de l'abus d'alcool.²³

Il semble donc nécessaire de prendre en compte les capacités cognitives de nos patients, par exemple en adaptant leur parcours de soins, afin d'accroître l'intérêt des ateliers de psychoéducation.²² Enfin, traiter les altérations cognitives faciliterait le déroulement des autres approches thérapeutiques employées en addictologie,³⁵ comme par exemple l'amélioration de la capacité d'inhibition qui permettrait d'amplifier l'efficacité des thérapies comportementales.²³

Par ailleurs, il existe également une corrélation directe entre lésions cérébrales et processus motivationnel. Ainsi, la réduction du volume de substance grise des régions frontales semble concourir à une diminution de motivation chez certains patients alcoolodépendants. Ainsi il est possible de suggérer que ceux-ci ne seraient pas « cérébralement » capables de faire preuve de motivation à changer de comportement.²²

Concernant cette pathologie où « la rechute est la règle davantage que l'exception »²¹, il semble

opportun d'envisager toute approche thérapeutique, ayant une répercussion sur la survenue de cette dernière. Cependant, il demeure évident que la prédiction de la rechute chez les patients alcoolodépendants doit être envisagée de façon multi-déterminée, puisqu'elle dépasse largement la simple problématique neuropsychologique.⁵

5.1.3 Quels moyens pour évaluer ces troubles ?

L'évaluation des troubles cognitifs du patient alcoolodépendant semblent un prérequis nécessaire, permettant d'adapter sa prise en charge thérapeutique. Différents outils sont disponibles, dont certains requièrent des compétences spécifiques, alors que d'autres sont à la portée de tous cliniciens.

5.1.3.1 Évaluations neuropsychologiques

D'un côté figurent les évaluations neuropsychologiques, souvent regroupées en batterie de tests. Celles-ci se proposent d'évaluer rigoureusement l'ensemble des fonctions cognitives ou certains sous-types spécifiques. C'est le cas, par exemple, de la CANTAB (*Cambridge neuropsychological test automated battery*) qui se centre sur l'analyse des fonctions exécutives.²¹ Ces tests comportent une série de tâches, visant à évaluer avec précision un champ de la cognition, telles que le test de *stroop* pour l'inhibition, le test de la tour de Londres pour la planification, *l'iowa gambling task* pour la prise de décision. Certains tests s'écartent de l'analyse des troubles cognitifs classiques pour évaluer d'autres troubles neuropsychologiques, tels que le biais attentionnel (tâche de détection de cibles), ou encore l'altération de la cognition sociale (test *reading the mind in the eyes*).

La grande précision des évaluations réalisées à l'aide de ces tests, est contrebalancée par les inconvénients liés à la réalisation de ceux-ci. Déjà, la longue durée nécessaire pour la passation peut en faire un moment éprouvant pour les patients en difficulté. Elle implique parfois de mobiliser un soignant sur une longue période, lorsque les programmes d'évaluation ne sont pas automatisés. De plus, faire passer, puis coter ce genre de test, demande des compétences spécifiques et relève des fonctions d'un neuropsychologue, alors que de nombreux services d'addictologie ne sont pas dotés de ce type de soignant. Enfin, ces tests requièrent, pour la plupart, un matériel voire un logiciel spécifique et payant.

L'une des limites de la présente étude repose sur l'absence de tests neuropsychologiques qui auraient permis d'évaluer avec précision l'état cognitif de base des patients et les fonctions spécifiquement améliorées à la sortie d'hospitalisation. Les équipes des différents services d'addictologie sur Amiens (que ce soit sur le centre Hospitalier Philippe Pinel ou sur le Centre Hospitalier Universitaire) ne comportaient pas de neuropsychologue. Il semble opportun à l'avenir de réitérer notre atelier jeu de société, en l'entourant cette fois d'une évaluation neuropsychologique.

5.1.3.2 Évaluations brèves

Au vu des inconvénients précédemment cités, les cliniciens ont plus couramment recours à des évaluations brèves permettant un dépistage rapide des troubles cognitifs. C'est dans cette indication de dépistage chez les patients alcoolodépendants qu'a été utilisé le MoCA, dont la validité a été vérifiée comparativement au module de dépistage d'une batterie de tests neuropsychologiques.²⁹

Ce test apparaissait d'ailleurs, plus spécifique que le MMSE, pour repérer les déficits cognitifs modérés.³⁶ Ses avantages sont une bonne acceptabilité pour les patients, une facilité d'administration (ne requérant pas de formation spécifique pour le soignant, et validé dans de nombreuses langues), une efficacité en terme de temps de passation, et une économie financière du fait de la gratuité de ce test disponible en ligne).²⁹

Cependant le MoCA reste un test composite de dépistage qui n'a pas été conçu pour une population d'alcoolodépendants. Ainsi le *cut-off* à 26, marquant la limite entre les patients présentant des troubles cognitifs et ceux n'en présentant pas, est actuellement discuté pour cette population. Certains auteurs proposent ainsi de varier le *cut-off* en fonction de l'objectif de l'évaluateur, arguant qu'un *cut-off* à 26 permet une meilleure spécificité alors qu'une valeur à 27 permet une sensibilité accrue.³⁶ D'autre part, le test ne propose pas de *cut-off* pour chacun des subtests rendant difficile l'analyse de ceux-ci.⁵ Enfin, certains subtests évaluent des fonctions habituellement préservées dans l'alcoolodépendance (c'est le cas des épreuves de dénomination, d'attention et d'orientation) alors que d'autres fonctions très fréquemment altérées, sont peu cotées (en particulier l'abstraction et la fluence verbale).³⁷

C'est, fort de ces constatations, qu'a été créé le *Brief Evaluation of Alcohol-Related Neuropsychological Impairment* (BEARNI), ce test de dépistage des troubles cognitifs

spécifiquement dédiés aux patients alcoolodépendants. Il comporte 5 subtests évaluant la mémoire épisodique verbale, l'ataxie, la flexibilité cognitive spontanée, la mémoire de travail verbale

et les capacités visuospatiales. Il fournit un score pour chacun des subtests avec un *cut-off* associé, ainsi qu'un score total associé à deux valeurs seuil qui permettent d'apprécier la sévérité des troubles.³⁸ Ce test n'était pas encore disponible, au moment où la période d'évaluation de notre atelier jeu a débuté ; c'est pourquoi il n'a pas été utilisé à la place du MoCA. Il est important de garder à l'esprit que ces deux techniques d'évaluations brèves, que sont le MoCA et le BEARNI restent des tests de dépistage et non des tests diagnostiques. Il est donc intéressant de les utiliser, en clinique, pour déterminer quel patient nécessite une évaluation neuropsychologique approfondie.

Parmi les autres limites que comporte cette étude en termes d'évaluation des troubles cognitifs, figure la précocité de la première passation du MoCA. Cette passation entre J2 et J4 impliquait que le patient soit encore en période de sevrage physique pendant celle-ci. Les auteurs, ayant vérifié la validité de cet outil chez des patients alcoolodépendants, ont tous exclus les patients dont l'abstinence remontait à moins de 7 jours. Le MoCA était plus souvent utilisé au décours de postcures avec un sevrage débuté une à trois semaines plus tôt.^{31 37} C'est ici des contraintes organisationnelles qui n'ont pas permis de repousser la passation du premier MoCA : le créneau alloué pour le premier atelier jeu étant positionné dès le cinquième jour de cure. Nous avons également essayé de décider du jour de passation du premier MoCA en fonction de l'intensité des signes de sevrage présentés par le patient, reflétés par le score de Cushman (passation à J2 pour les patients déjà sevrés ou ayant un score de Cushman < 5 à ce moment, passation à J3 voire J4 pour les patients ayant un score plus élevé).

Notre étude présente également un potentiel biais d'apprentissage, puisque nous avons choisi de réitérer l'évaluation grâce au MoCA une fois la cure de sevrage éthylique complexe achevée, soit 22 à 24 jours après la première passation. Cependant, la performance *test-retest* à un mois est bonne sans effet d'apprentissage, lorsque le MoCA est utilisée pour son indication première.²⁸ De plus, certains auteurs ont évalué cet effet d'apprentissage parmi une population alcoolodépendants hospitalisés, en répétant le MoCA un à deux mois plus tard. Ils ont mis en évidence qu'aucun des patients ne se souvenaient des réponses qu'il avait donné la première fois.³¹

Idéalement, le MoCA devrait être effectué en dehors de situations susceptibles en elles même, de générer des troubles cognitifs, telle que la prise récente de benzodiazépines (notamment durant le sevrage).⁵ Bien que tous les patients inclus dans l'étude aient bénéficié du même protocole de traitement à l'entrée incluant des benzodiazépines (avec une administration variable en fonction de leur score de CUSHMAN), certains d'entre eux étaient très probablement traités par des médicaments analogues, de façon antérieure à l'hospitalisation pour sevrage complexe. Ce paramètre n'a pas été exploré, alors que l'analyse des résultats du MoCA aurait dû être pondérée en fonction de celui-ci. Cependant, il est intéressant de noter que certains auteurs ayant pris en compte ce paramètre n'ont pas mis en évidence d'impact significatif de la consommation de benzodiazépines sur le MoCA (chez des alcoolodépendants entamant une post-cure). Leur hypothèse pour expliquer cette absence de retentissement était que les benzodiazépines administrées pour le sevrage n'étaient prises que sur une courte période, et que celles utilisées au long cours avaient déjà entraîné un phénomène de tolérance.³⁷

Enfin, le delta calculé entre les scores du MoCA à l'entrée et du MoCA à la sortie, a potentiellement été influencé par l'introduction de nouvelles médications, tels que des neuroleptiques. Ce facteur aurait pu être étudié grâce à l'analyse exhaustive des ordonnances d'entrées et de sortie de l'ensemble des patients. Cependant, bien que ce critère n'ait pas été analysé, il semble probable que les quelques patients psychotiques, admis pour sevrage complexe, n'ait pas subi de changement majeur au niveau de leur traitement de fond.

5.2 Stratégies thérapeutiques visant les troubles cognitifs en lien avec l'alcool

5.2.1 Réversibilité spontanée

Il est maintenant bien connu qu'une récupération spontanée des troubles cognitifs a lieu avec l'abstinence,³⁹ sans qu'y soit associé des techniques thérapeutiques spécifiques. Cette récupération est dépendante de la durée de l'abstinence.⁴⁰ En effet, ce sont d'abord les fonctions attentionnelles et la mémoire épisodique qui s'améliorent de façon marquée, dès le premier mois d'abstinence. La réversibilité des troubles des fonctions exécutives pourra quant à elle s'observer à moyen et long terme.³³ Certaines de ces altérations demeurent, dans certains cas, séquellaires. L'analyse de l'évolution des troubles cognitifs présents chez nos patients, au travers de la comparaison des scores obtenus au MoCA à l'entrée et à la sortie, a

permis de mettre en évidence des données concordantes avec celles de la littérature. À savoir, une tendance marquée à l'amélioration de la mémoire épisodique et une tendance moindre, à l'amélioration des fonctions exécutives (ces tendances étaient significatives en ce qui concernait le groupe jeu).

Certains auteurs ont également étudié la réversibilité des troubles cognitifs, non pas en cas d'abstinence, mais en cas de réduction des consommations. Une amélioration similaire n'était retrouvée que dans les situations de réduction drastique (environ 120 unités en 6 mois, soit l'équivalent d'un verre par jour en moyenne).²² Il est intéressant de se pencher sur ces résultats puisque, bien que l'abstinence totale reste l'objectif principal selon les recommandations internationales, les pratiques cliniques en addictologie s'orientent à présent également vers un objectif de consommation contrôlée rendant également possible une réduction des risques en lien avec l'alcoolodépendance.²⁴

La vitesse et l'ampleur de la récupération des troubles cognitifs est influencés par plusieurs facteurs : le type et l'intensité de l'altération cognitive initiale, l'âge de survenue de celle-ci, l'évolution de la consommation d'alcool et l'association avec une maladie hépatique ou des carences nutritionnelles.⁵

5.2.2 Thiamine et renutrition

Un lien a été mis en évidence entre anomalies du métabolisme de la thiamine et survenue de troubles cognitifs modérés dans l'alcoolodépendance (en particulier concernant la mémoire épisodique verbale), ainsi qu'entre malnutrition et troubles cognitifs sévères.⁴¹

Ainsi, bien qu'aucun traitement médicamenteux n'ait démontré d'effet procognitif dans la prise en charge de l'alcoolodépendance, les guidelines françaises et internationales font état de recommandations claires en matière de médication conseillées lors du sevrage d'alcool.²² En effet, il est d'usage d'associer une prescription systématique de thiamine ou vitamine B1 (quel que soit l'état cognitif du patient), une restauration de l'état nutritionnel (renutrition protéino-énergétique et conseil diététique) et une prescription éventuelle de magnésium en cas d'hypokaliémie et de vitamine PP en cas de signes cliniques évocateurs d'encéphalopathie pellagreuse.

En dehors de ces thérapies médicamenteuses, d'autres possibilités thérapeutiques ont vu le jour "au cours des trois dernières décennies". On a ainsi pu assister à une favorisation de la récupération des troubles cognitifs, grâce à la mise en place de techniques d'accompagnement spécifiques encadrées par des soignants, par le biais des protocoles de remédiation cognitive.

5.2.3. Remédiation cognitive

5.2.3.1 Origine de la remédiation cognitive

La définition proposée par le *Cognitive Remediation Experts Workshop* en 2010 était la suivante : «La remédiation cognitive est un entraînement comportemental basé sur des techniques visant à améliorer des processus cognitifs (attention, mémoire, fonctions exécutives, cognition sociale ou métacognition) avec pour but un effet durable et généralisable/transférable». ²² Il est intéressant d'y ajouter que ce traitement des déficits cognitifs est pensé directement, à travers l'amélioration des fonctions déficitaires, et indirectement, grâce au développement de nouvelles stratégies cognitives destinées à pallier les déficits. ⁴² L'objectif final de cette amélioration des processus cognitifs est de permettre aux patients d'accomplir les activités qui font la trame de leur existence, en particulier les activités de la vie quotidienne. ⁴³

Depuis le milieu du siècle dernier, les chercheurs se sont de plus en plus intéressés aux troubles cognitifs et à leurs conséquences sur le pronostic fonctionnel des patients. ⁴² Dès 1942, la réadaptation fonctionnelle a d'abord intégré des techniques visant la rééducation des fonctions cognitives, chez des blessés de guerre atteints de lésions cérébrales. ⁴⁴ Ces méthodes de soins ont été repensées, quelques décennies plus tard, pour être utilisée dans le domaine de la psychiatrie. En effet, après l'utilisation de l'entraînement aux habiletés sociales qui permettait déjà d'améliorer la qualité de vie en société des patients schizophrènes en agissant sur les variables fonctionnelles de leur pathologie. Certaines recherches ont constaté la similarité entre les troubles, tant neuropsychologiques que cliniques, rencontrés dans la schizophrénie et ceux observés dans les syndromes frontaux. ⁴⁵ Ainsi, il a paru légitime d'élargir les indications des programmes de remédiation cognitive à cette pathologie. Cette stratégie thérapeutique s'est, par la suite, étendue à de nombreuses pathologies traitées en psychiatrie. Ses indications actuelles comportent en plus de la schizophrénie : les troubles bipolaires, la dépression, les troubles liés à l'usage de l'alcool, le trouble déficitaire de

l'attention avec ou sans hyperactivité et l'autisme.

5.2.3.2 Caractéristiques de la remédiation cognitive

La remédiation cognitive va ainsi pouvoir s'inclure dans la prise en charge des patients en psychiatrie et trouver sa place parmi les stratégies thérapeutiques plus classiques que sont les thérapies médicamenteuses, les psychothérapies. La remédiation cognitive n'a pas d'action directe sur les contenus mentaux, mais agit sur les processus de traitement de l'information, améliorant ainsi les performances cognitives. Les psychothérapies agissent, quant à elles, sur les contenus de pensée, conscients et inconscients ; tandis que les médicaments tendent à réguler une dysfonction neurochimique.⁴² Ces divers moyens thérapeutiques doivent être combinés, en pratique clinique.

Il est nécessaire d'attendre une période de relative stabilité clinique pour mettre en place la remédiation cognitive chez un patient. Idéalement, les traitements médicamenteux doivent être réduits à la posologie minimale efficace. Ces deux conditions permettent d'éviter de se consacrer à lutter contre les troubles cognitifs secondaire aux symptômes psychiatriques ou les troubles cognitifs iatrogènes.⁴² De plus, il est souhaitable que le patient ait déjà bénéficié de psychoéducation, puisqu'il est important que le patient ait compris les conséquences de sa maladie sur son fonctionnement cognitif. En revanche, il est cohérent de débiter la remédiation cognitive en amont d'une psychothérapie (qui nécessiterait une réflexion ou une remise en question), puisque le déroulement de cette dernière sera facilité par un meilleur fonctionnement cognitif.⁴²

L'ensemble de des programmes de remédiation cognitive débutent par une phase d'évaluation. Celle-ci comprend une recherche de la plainte cognitive principale, une réévaluation neuropsychologique rigoureuse, puis une recherche des répercussions fonctionnelles et une évaluation de l'autonomie quotidienne.⁴² La réalisation de tests neuropsychologiques permettra de déterminer les fonctions cognitives déficitaires et fournira des pistes sur les possibilités de restaurer ou de compenser celles-ci. Selon les déficits cognitifs ciblés le patient pourra bénéficier d'un programme ciblant les fonctions neurocognitives (RECOs ou *Cognitive Remediation Therapy* (CRT) par exemple^{45 46} ou la cognition sociale (GAIA et *Integrated Psychological Treatment* (IPT) par exemple.^{47 48}

De plus, les programmes qui s'effectuent en groupe rassembleront les patients en fonction de l'intensité de leurs troubles, afin de constituer des groupes homogènes dont les membres peuvent progresser de concert.⁴⁸ Notre étude était très limitée à ce propos, puisqu'il n'a pas été possible de constituer des groupes en fonction des déficits constatés au MoCA d'entrée. En effet, les patients admis le même jour en cure formaient un groupe restreint de 8 à 10 personnes. Il n'était pas envisageable de séparer ce groupe très restreint en nombre. Nous nous sommes donc heurtés, à plusieurs reprises, à l'hétérogénéité des facultés cognitives des patients au sein d'un même groupe, ce qui entraînait des difficultés à suivre l'atelier jeu pour certains et de l'ennui pour d'autres.

Après cette phase d'évaluation, qui peut déjà prendre quelques semaines du fait de la quantité de tests à réaliser, la phase de remédiation proprement dite débute. Les programmes de remédiation cognitive les plus connus (RECOS, CRT, GAIA, IPT) s'étalent sur 30 à 44 séances d'1 heure généralement, réparties sur 10 à 16 semaines.^{45 46 47 48} Cette longue durée et cette fréquence rapprochée permet un apprentissage progressif et la généralisation de celui-ci au quotidien. Notre atelier jeu était évidemment, bien loin de ce rythme avec seulement trois séances, réalisées à une fréquence inférieure à une séance par semaine. Il pourrait être intéressant d'évaluer l'effet de ce type d'atelier répété sur le long cours, en l'intégrant, par exemple, à la prise en charge proposée en hôpital de jour d'addictologie.

Les protocoles de remédiation cognitive s'effectuent, pour la plupart en individuel, avec un thérapeute accompagnant les progrès d'un patient, ajustant le niveau des exercices et s'assurant de la compréhension de la tâche effectuée par le biais d'une reformulation. C'est par exemple le cas du programme RECOS comportant des séances papier-crayon et des séances informatisées.⁴⁵ D'autres programmes, tels que l'IPT, s'effectuent en groupe. Dans ce cas, ce sera préférentiellement un groupe fermé, afin que les patients apprennent à se connaître au fur et à mesure et acceptent de dévoiler leurs faiblesses sous le regard de l'autre. Le groupe pourra également être semi-ouvert permettant de réintégrer des participants à mesure, pour combler l'absence des patients perdus de vue et éviter ainsi d'interrompre la prise en charge du fait d'un groupe trop restreint.⁴⁸ Notre étude a porté sur des groupes fermés, ce qui nous a parfois mis en difficulté du fait du nombre important de perdus de vue, engendré par les multiples sorties pour rupture de contrat en cas de réalcoolisation. Cette grande proportion de perdus de vue a d'ailleurs contribué à une diminution de la puissance statistique de notre étude. En effet, seuls 23 patients du groupe jeu étaient évalués cognitivement en fin d'hospitalisation, versus 28

témoins, ce qui est en principe, insuffisant pour utiliser avec rigueur les tests statistiques *t de student* et *chi 2*.

5.2.3.3 Aspect ludique dans la remédiation cognitive

La remédiation cognitive "regroupe différentes procédures thérapeutiques reposant sur la pratique d'exercices ludiques permettant un entraînement et/ ou un apprentissage".⁴² Dans cette phrase qu'on peut lire dans le chapitre introductif du livre *Remédiation cognitive*, sous la direction de N. Franck, l'auteur attribue nettement l'adjectif « ludique » à cette technique thérapeutique.

En effet, certains programmes, tel que l'IPT, ont recours à des jeux pratiqués en groupe : jeux de cartes pour le module de différenciation cognitive ou encore des jeux de rôles dans le module de compétences sociales.⁴⁸ D'autres comportent des tâches, extrêmement proches de celles que l'on peut retrouver dans des jeux vidéo destinés au grand public, tel que le désormais ancien "Programme d'entraînement cérébral du Dr Kawashima™" sur Nintendo DS, ou les plus récentes applications diverses d'entraînement cérébral disponible sur smartphone ou tablette (Peak™, Memorado™, Neuronation™). C'est le cas des tâches de flexibilité mentale, de mémoire de travail, ou encore de détection des émotions faciales.

Pourtant la remédiation cognitive n'est pas un jeu. Elle garde un objectif thérapeutique avant tout, même si elle peut utiliser des modalités ludiques pour l'atteindre. Elle se différencie des autres techniques d'entraînement cérébral destinées à la population générale et qui vise un objectif ludique et non thérapeutique. Ce n'est pas le plaisir de jouer qui est visé. Le patient qui entreprend l'un de ces programmes sait pourquoi il effectue telle ou telle tâche : pour développer de nouvelles stratégies de traitement, les apprendre et pouvoir ensuite les mettre en place en situation réelle afin d'améliorer son quotidien. Il sait que l'on cible un dysfonctionnement entraîné par sa pathologie et l'aspect ludique n'est pas utilisé pour masquer cette réalité.

La remédiation cognitive se fait par le biais de programmes validés scientifiquement. Ceux-ci suivent un protocole rigoureux, constitué d'exercices adaptés aux troubles et dont la progressivité a été spécifiquement réfléchi. De plus, cette stratégie thérapeutique repose sur l'action d'un thérapeute qui est présent lorsque le patient effectue ses exercices et

l'accompagne dans sa capacité à développer de nouvelles stratégies de traitement.⁴²

5.2.3.4 Remédiation cognitive en addictologie

Initialement pensée pour traiter les conséquences de lésions cérébrales chez les victimes de traumatisme crânien, la remédiation cognitive semble pouvoir trouver sa place dans le traitement des atteintes cérébrales liées à l'alcoolodépendance. Les objectifs de celle-ci sont alors de restaurer les fonctions cognitives déficitaires, en favorisant leur récupération spontanée et de compenser les déficits irréversibles, en s'appuyant sur les fonctions préservées et en aménageant l'environnement du patient.²²

De multiples programmes de remédiation cognitive sont désormais utilisés en addictologie. Certains ciblent des déficits neurocognitifs spécifiques, tel que le goal management training qui consiste en un entraînement des fonctions cognitives. D'autres consistent en un programme plus global, tel que le *cognitive enhancement therapy* ou CET qui est indiqué pour les patients souffrant d'un trouble cognitif sévère lié à l'usage de l'alcool.²³

D'une part, des programmes neuropsychologiques de remédiation cognitive sont appliqués à des populations d'alcoolodépendants, avec des résultats probants en matière d'amélioration de déficits neurocognitifs (attention, mémoire de travail, mémoire épisodique, capacités visuo-constructives) mais également, en matière de craving ou d'estime de soi.⁴⁹ D'autre part, des programmes spécifiques voient le jour, ciblant les processus cognitifs prééminents dans l'alcoolodépendance, tel que le contrôle inhibiteur⁵⁰ ou le biais attentionnel,⁵¹ et semble favoriser les comportements d'évitement de la consommation.

Concernant les troubles de l'identification émotionnelle, certains programmes ont été évalués parmi une population d'alcoolodépendants. Ainsi le programme *FaceTales* propose un entraînement informatisé au décodage des expressions et micro-expressions faciales qui s'est avéré efficace.²¹ Concernant les troubles interpersonnels, on préconise l'emploi de programmes déjà indiqués dans d'autres pathologies psychiatriques pour la rééducation de la cognition sociale, tel que le programme RC2S utilisé avec succès chez les patients schizophrènes.²¹

Puisque, comme nous l'avons détaillé plus haut, les différents types de troubles cognitifs liés à

l'alcool sont interdépendants, il est important de tenir compte de l'influence générale d'un programme de remédiation sur ceux-ci, même s'il cible certains processus de manière isolée. Agir sur un type de processus entraîne une modification de l'équilibre entre les déficits.²¹ Il semble cependant opportun, concernant la prise en charge en addictologie de cibler, dans un premier temps, certaines fonctions altérées : les interventions à court terme, proposées durant les six premiers mois de l'abstinence, doivent se centrer sur la mémoire et les fonctions exécutives (en particulier la capacité d'inhibition). Si des troubles cognitifs très sévères sont présents d'emblée ou si l'on envisage un second temps de remédiation cognitive, des programmes intensifs sur une longue durée (supérieure à 2 ans) seront à envisager afin de cibler les mécanismes compensatoires pouvant pallier à des déficits séquellaires.²³

L'objectif d'amélioration fonctionnelle visé dans la remédiation cognitive ne doit pas être perdu de vue. Ainsi, l'efficacité de ces programmes doit également être réfléchie, en termes d'amélioration du fonctionnement du patient dans la vie quotidienne et en termes d'influence sur le reste de la prise en charge addictologique (motivation, respect du projet de soins, bénéfice des psychothérapies).²² En effet, il a été démontré que la remédiation cognitive permet d'une part d'améliorer les scores aux tests neuropsychologiques,⁵² mais également d'améliorer l'acquisition des informations reçues lors des programmes de prévention de la rechute.⁵³ Puisque les interventions précoces qui améliorent le fonctionnement cognitif (ciblés sur la mémoire de travail, la mémoire épisodique et l'attention) favorisent l'adhésion aux soins dès les premières semaines d'abstinence,⁵⁴ certains programmes d'évaluation-remédiation pourraient trouver leur place, très tôt, dans le reste de la prise en charge du patient alcoolodépendant. Ces techniques doivent toutefois s'intégrer de manière flexible au programme thérapeutique global.²¹

Il apparaît cependant que ces protocoles rigoureux "prennent du temps" et que leurs mises en place semblent difficilement envisageables, sur le temps restreint alloué par une hospitalisation pour une cure de sevrage éthylique complexe. Ils paraissent plutôt pouvoir être intégrés à des prises en charge hospitalières longues, telles qu'elles sont rendues possibles par les hôpitaux de jour d'addictologie. Ainsi, l'hôpital de jour récemment ouvert au sein du SESAME à Amiens, participera dès le mois de mai 2018, à l'inclusion de patient pour l'étude multicentrique ALCOSTIM. Ce programme de recherche se déroulera simultanément à Caen, Lille, Rouen et Amiens. Son objectif sera de mesurer l'efficacité d'un programme de remédiation cognitive, comparativement à une prise en charge usuelle en hôpital de jour, afin

de réduire le taux de rechute chez une population d'alcoolodépendants présentant des troubles neuropsychologiques post-sevrage.⁵⁵

Nous avons pu voir que les programmes de remédiation cognitive figurent parmi les outils à disposition des addictologues. Ils ont vraisemblablement pour effet de favoriser la récupération cognitive des patients alcoolodépendants. Cependant, même dans le cas de protocole rigoureux, il n'a pas encore été prouvé que c'est bien "l'outil remédiation" qui permet une récupération cognitive supérieure à la récupération spontanée en cas d'abstinence. Cet effet favorisant semble, au moins en partie, dû aux interactions régulières avec les soignants, celles-ci entretenant et valorisant la récupération cognitive spontanée. Le facteur humain pourrait donc être un élément complémentaire précieux de ce type de prise en charge, "personnifié" en la personne du thérapeute qui accompagne chaque patient dans son processus d'apprentissage. Il est alors légitime de se questionner également, sur la différence de bénéfice apporté par une prise en charge individuelle ou groupale²³ : la première permettant des interactions duelles avec un soignant dédié spécifiquement à un patient, alors que la seconde permet une dynamique de groupe englobant un ensemble de pairs partageant des difficultés semblables et cheminant ensemble vers un apprentissage commun.

D'autres outils, moins soumis à des protocoles rigoureux, sont utilisés en psychiatrie, en recourant à l'effet bénéfique de ce facteur humain. Le jeu de société fait partie de ceux-ci.

5.3 Le jeu de société en tant qu'outil thérapeutique en psychiatrie

L'évolution de l'utilisation du jeu de société en psychiatrie a suivi celle de son utilisation par la population générale : tombé dans l'obscurantisme au XIXème siècle, il revient d'abord à la mode comme simple jouet pour enfant, puis capte de nouveau l'intérêt des adultes au XXème siècle, et est enfin victime d'un engouement particulier depuis ces trois dernières décennies. De la même façon, il sera principalement utilisé comme vecteur de médiation thérapeutique en pédopsychiatrie, puis gagnera progressivement les services de psychiatrie adulte.

5.3.1 Travail sur le lien grâce au jeu de société en pédopsychiatrie

Lorsqu'est évoquée l'utilisation du jeu en pédopsychiatrie, c'est de suite la technique de l'analyse par le jeu qui vient à l'esprit, telle que Klein en a jeté les fondements. Le jeu

représente ainsi une médiation thérapeutique très fréquemment employée en pédopsychiatrie, permettant un moyen d'accès aux représentations internes et symboliques de l'enfant.⁵⁶ Cependant le jeu de société s'écarte des autres jeux et son utilisation n'est pas identique à ces jeux libres et spontanés servant de support à l'analyse par le jeu. En effet, Winnicott rangeait le jeu de société du côté du *game* régi par une règle du jeu, s'opposant au *play* par son caractère rigide.¹¹ Cet auteur ne considérait pas le jeu de société comme un outil suffisamment malléable pour laisser s'exprimer l'imaginaire fécond propre à l'enfance. Nous avons donc sciemment décidé de mettre de côté l'utilisation du jeu comme support à l'analyse de jeunes enfants, et nous sommes tournés vers l'utilisation du jeu de société comme vecteur de lien tant familial que social.

5.3.1.1 Réunir les familles en souffrance

Alors que dans la plupart des familles, le jeu permet qu'adultes et enfants échangent, dans les familles en souffrance, on ne joue pas ou peu.⁵⁷ Ainsi, on peut penser le jeu et l'espace qui lui est attribué, comme ayant une valeur thérapeutique pouvant être utilisée auprès de ces dernières. Dans une situation de jeu thérapeutique, le soignant va prêter son appareil à penser mais surtout sa capacité à jouer, aux parents et aux enfants qu'il reçoit. Le jeu de société se différencie des autres jeux, certaines de ses caractéristiques ont un intérêt particulier dans le cadre de prise en charge familiale : la règle du jeu qui s'applique à tous de manière équivalente implique que personne ne peut tricher, tandis que le plateau de jeu est vecteur de distanciation en permettant aux joueurs de s'affronter symboliquement.

Certains auteurs ont par exemple, proposé d'utiliser le jeu de société comme support thérapeutique lors de visites médiatisées.⁵⁷ Lors de ces visites (qui permettent une protection physique et psychique de l'enfant, lorsque parents et enfants n'ont pas le droit d'avoir des contacts sans présence d'un tiers, suite à une décision judiciaire), la fonction des soignants présents va, entre-autre, consister à relancer les compétences du (ou des) parent(s) en matière d'ajustement aux besoins de l'enfant. L'espace du jeu de société pourra alors permettre que se rejoue une partie de l'histoire familiale et que parents et enfants transitent progressivement vers une notion de plaisir partagée. C'est le cas, par exemple, de l'utilisation de jeux coopératifs, grâce à laquelle une famille chaotique et éclatée dans la réalité de son quotidien, peut se penser unie sur la scène ludique.

D'autres auteurs ont détourné un jeu de société du commerce, Dixit, pour l'utiliser dans le cadre d'un travail de guidance sous mandat (celle-ci étant imposée par la justice ou négociée avec celle-ci, mais toujours motivée par un état de danger et ou de difficultés d'un mineur).⁵⁸ Ce jeu a ainsi pu servir de support, mis à disposition des membres d'une famille, pour initier un échange à partir des représentations de chacun, en s'appuyant sur le contenu métaphorique des cartes pour faciliter l'accès à un langage imagé. Le jeu est alors devenu le tiers relationnel, permettant d'éviter les questionnements directs douloureux dans ces situations de difficultés relationnelles, voire de maltraitance.

Il est intéressant de signaler que ce jeu de société a été créé par Jean-Louis Roubira, un pédopsychiatre. Celui-ci a souhaité l'élaboration de cartes illustrées abstraites empreinte «d'une symbolique forte ainsi que d'une dose d'onirisme et de surréalisme» et évoquant des thèmes complémentaires tels que l'amour, la mort, la liberté, l'enfermement, etc.⁵⁸ Ces cartes sont le matériel quasi-exclusif d'un jeu basé sur la communication, le partage, l'imagination et l'intuition. Bien que ce jeu remporte un franc succès commercial avec de nombreuses extensions parues, il a d'abord été pensé pour être utilisé au sein d'ateliers thérapeutiques s'adressant à des adolescents en souffrance.

5.3.1.2 Favoriser le lien social auprès d'adolescents

Alors que la médiation par le jeu libre, peut être délaissée par les patients adolescents qui redoutent son effet de transparence quant à la vie psychique, ceux-ci lui préfèrent le jeu de société qui n'implique pas d'emblée un engagement ou un dévoilement du monde interne. C'est en effet, une médiation préformée qui respecte mieux leur aménagement défensif.⁵⁹ Cependant ceci rend justement ce médium peu, voire non, malléable¹¹ et le jeu de société risque donc de générer un processus adaptatif et non plus créatif de la part de l'adolescent.

Ainsi naît chez certains thérapeutes, l'idée de l'utilisation, au décours d'un groupe de psychothérapie pour adolescents, d'un *jeu de société créé* : terme utilisé lorsqu'un groupe se concerta et produit un jeu organisé, en discute les règles, en construit le matériel et l'expérimente. Ainsi le jeu de société (*game*) pourrait redevenir un médium malléable servant de support à une activité de symbolisation (*play*), à condition que le dispositif et la présence des thérapeutes favorisent cette évolution. Ces jeux créés s'enchaînent et agissent comme des objets organisateurs par rapport au groupe, permettant de le réunir lors de certaines séances, y

échouant lors d'autres. Ces objets créés sont éphémères et l'expérience vécue d'investissement-désinvestissement de ces jeux pourrait conduire à la création d'une expérience de continuité d'existence, telle que décrite par Winnicott.⁵⁹

Cette médiation thérapeutique du jeu créé a également pu prendre d'autres formes, par exemple par le biais de l'adaptation d'un jeu de rôle papier. Cela a effectivement été le cas au sein du Centre de Médiations éducatives pour Adolescents (CMA) situé dans le CHU d'Amiens qui accueille de jeunes patients pendant leur hospitalisation prolongée et dans les mois qui suivent celle-ci. Puisque le CMA recevait de nombreux adolescents en souffrance psychologique en lien avec des difficultés relationnelles (patients suicidants ou souffrant de trouble du comportement alimentaire majoritairement), un atelier thérapeutique visant la capacité d'empathie avait vu le jour en 2016. Cet atelier utilisait comme médiation le jeu de rôle créé. L'idée étant que le groupe d'adolescents invente peu à peu un univers où leurs avatars puissent participer de concert à un enchaînement de quêtes. Les règles étaient librement inspirées du jeu de rôle *Chroniques Oubliées*, une version simplifiée de *Donjons et Dragons*, mais les adolescents pouvaient à loisir choisir des règles additionnelles, tant que celles-ci étaient validées après concertation de l'ensemble du groupe. Après une année d'atelier l'équipe du CMA a constaté le développement d'une empathie en jeu et hors-jeu, avec des comportements prosociaux, et une amélioration clinique. L'absorption dans l'histoire, l'identification au personnage, l'intersubjectivité, et la socialisation participaient à la maturation de cette empathie.⁶⁰

5.3.2 Médiation par le jeu de société auprès de patients psychotiques

5.3.2.1 Psychothérapie institutionnelle et psychiatrie de secteur

La psychothérapie institutionnelle naît dans les années 40, sous l'influence de psychiatres marqués par le désastre survenu pendant la Deuxième Guerre Mondiale, en lien avec le repli des asiles sur eux-mêmes. C'est l'invention d'une psychiatrie à visage humain⁶¹ où l'accent est mis sur la dynamique de groupe et la relation entre soignants et soignés. L'institution cesse d'y être réduite à un lieu de soin et d'enfermement. Elle fait alors partie intégrante du traitement, en devenant un lieu qui ménage un espace de vie sans nier la spécificité de la folie.⁶² De plus le patient participera activement à ses soins grâce à des activités diverses (clubs, ateliers, activités ménagères du quotidien), permettant ainsi d'être considéré comme

un sujet actif, « et non pas simplement comme un objet de soins ». ⁶³

C'est sous l'influence de ces mêmes psychiatres désalienistes que sera réorganisé le système de soins en santé mentale en 1960, ⁶⁴ en créant la psychiatrie de secteur, dont le but est de renforcer les possibilités de soins ambulatoires. Ainsi, peu à peu, seront légitimés la place des CMP, des HDJ, ainsi que des Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP). Dans ces lieux de nombreuses médiations thérapeutiques seront mises à disposition des patients afin de favoriser les aptitudes relationnelles, la communication ou encore l'affirmation de soi. Le rôle de ces structures est particulièrement évident pour le traitement des pathologies mentales sévères telle que la schizophrénie ou l'autisme ; les patients atteints de ces maladies nécessitant un espace spécifique pour être accueillis soit transitoirement, soit continûment. ⁶¹

5.3.2.2 Exemple de médiation intra-hospitalière

L'utilisation des jeux de société est monnaie courante dans les services de psychiatrie générale, puisque ceux-ci font partie des nombreuses activités occupationnelles auxquelles les patients peuvent avoir recours. La participation à celles-ci se fait de façon plus ou moins spontanée et informelle, afin de lutter contre l'ennui et l'inertie générée par l'hospitalisation. Cependant, ils font aussi parfois l'objet de véritables activités voire ateliers thérapeutiques, structurés dans le temps et dans l'espace, dont les dispositifs formalisés impliquent la régularité de la présence de soignants impliqués. ⁶⁵ Ces ateliers impliquent des notions d'indications et de prescription, ainsi que d'engagement de la part du patient et du soignant.

C'est par exemple, le cas dans « l'unité » d'ergothérapie du CHPP où l'équipe a voulu penser un atelier de rééducation cognitive par le biais du jeu de société à destination des patients psychotiques hospitalisés au long cours. Le terme « rééducation » a été préféré à celui de « remédiation » puisque l'atelier ne suit pas un protocole scientifiquement validé. Cependant, cet atelier s'inscrit dans le même cheminement que les programmes de remédiation cognitive que nous avons abordés précédemment. Celui-ci débute par une phase initiale d'évaluation neuropsychologique aboutissant à la définition d'un objectif personnalisé en termes de récupération cognitive, suivie de la répartition du patient entre différents groupes selon l'intensité des troubles des membres qui le composent et leurs objectifs. La prise en charge s'étalera ensuite, sur plusieurs mois durant lesquels les patients seront invités à jouer, en présence d'un soignant, à des jeux de société choisis au préalable conformément aux

fonctions cognitives qu'ils permettent de travailler (dont le repérage est aidé par la classification ESAR utilisée actuellement par les ludothécaires de France).¹⁵

Ces fonctions à améliorer sont tantôt neurocognitives (attention, mémoire épisodique, planification), tantôt interpersonnelles (travail sur la cognition sociale). Dans la plupart des cas le travail est d'abord axé sur les cognitions dites « froides », puis bascule progressivement vers la rééducation des cognitions dites « chaudes ». Les patients seront souvent répartis en binôme permettant, au départ, que les équipiers se compensent et se complètent en termes de capacités et de déficits cognitifs, grâce à une relation d'entraide. Par la suite, cette répartition générera de réelles stratégies d'équipe, et un travail de fond sur la cognition sociale.

Un temps de réévaluation est ensuite proposé au patient et l'indication de l'atelier sera réévaluée en fonction des résultats de celle-ci. Les ergothérapeutes du CHPP ont ainsi pu constater l'atteinte de l'objectif personnalisé pour de nombreux patients. Il est probable qu'ici aussi, comme pour les programmes validés de remédiation cognitive, le facteur humain soit responsable en grande partie de cette réussite. Cet accompagnement des progrès du patient par un soignant est en effet un point clé de ce type de prise en charge.

5.3.2.3 Exemple de médiation extra-hospitalière

A l'heure actuelle, dans les secteurs de psychiatrie publique, plus de 80 % des patients sont pris en charge sur un mode ambulatoire. Le CATTP est une structure intermédiaire entre l'hospitalisation (à temps plein ou en HDJ) et la consultation au CMP. Ce lieu d'accueil libre, non médicalisé, est un point d'échange et d'écoute. Des activités thérapeutiques y sont proposées aux patients atteints de trouble psychiatriques et celles-ci permettent un travail d'accompagnement plutôt que de guérison. C'est le cas du CATTP de Péronne, au sein duquel j'ai pu m'adonner à un temps d'observation des habitudes des patients et des soignants en matière de jeux de société, et partager mes impressions avec ces derniers.

Là aussi, le jeu de société peut y remplir une fonction purement occupationnelle lorsque les patients s'y adonnent spontanément, mais même ainsi il favorise nettement les interactions sociales entre les membres d'un groupe, qui quelques minutes plus tôt, regardaient la même télévision assis côte à côte dans la salle commune, sans échanger. Le jeu de société peut également être utilisé comme une médiation simple d'utilisation, pour ménager un espace

propice à l'interactivité duelle entre un patient et un soignant, permettant ainsi de renforcer l'alliance thérapeutique entre eux. Il peut aussi être utilisé de manière informelle pour travailler de façon ludique certaines compétences intellectuelles déficitaires (tel que le comptage), ou renforcer les capacités d'attention soutenue en proposant des jeux dont la durée est modérément longue. Lors de ces temps non protocolisés, l'intérêt est de cultiver le plaisir de jouer, tantôt en laissant les patients choisir un jeu qu'ils aiment et dont l'aspect connu les rassure, tantôt en proposant de nouveaux jeux afin d'entretenir le plaisir de la découverte.

D'autre part, des temps d'activités thérapeutiques plus formelles sont parfois organisés autour de la création de jeux de société en particulier. Ce genre d'atelier permet de créer un fil rouge sur plusieurs semaines, et souvent de combiner plusieurs activités dont les bénéfices s'additionnent. Par exemple, la création d'un Badaboum!TM (un jeu d'équilibre et d'agilité très simple où il faut empiler des pièces en bois colorées), réunira les activités menuiserie, peinture, et jeu ; et entretiendra les compétences psychomotrices et créatives en lien. De manière analogue, le projet de création d'un MonopolyTM représentant les rues et monuments emblématiques de Péronne, rassemblera les activités : sortie thérapeutique, photographie, travaux manuels et jeu ; permettant ainsi de travailler sur le repérage spatial des patients et la connaissance de monuments historiques dans leur ville de résidence, le recours à la créativité pour construire le plateau et les pions et le plaisir de contribuer ensemble à l'adaptation des règles du jeu. Par exemple, les patients ont proposé de faire figurer une case chambre d'isolement en lieu et place de la case prison. Cette proposition surprenante au premier abord a été expliquée par le fait qu'elle correspondait mieux à leur expérience de vie et permettait que les soignants y soient isolés pour quelques tours eux aussi. Celle-ci est toujours en cours de réflexion, du fait de l'image plutôt négative qu'elle véhicule au sujet de cette mesure thérapeutique.

5.3.3 Intérêts et limites de cet outil thérapeutique

Un des intérêts de cette médiation repose sur le média proprement dit, ou matériel de jeu. Par exemple, le plateau de jeu qui lie et sépare les joueurs à la fois semble pouvoir acter la confrontation symbolique qui les oppose dans un jeu compétitif, ou encore le sablier qui permet d'attribuer nettement un temps de parole équivalent pour chacun dans les jeux de langue. Le matériel très diversifié proposé par l'univers du jeu de société est cependant, parfois si attractif qu'on est tenté de l'investir, pour le désinvestir aussitôt au profit d'un autre.

Il reste évidemment important de garantir la diversité des jeux proposés aux patients, tout en leur laissant le temps de s'en approprier certains.⁵⁷

La règle du jeu est un allié précieux pour permettre un équilibre dans la dynamique groupale, en nivelant certaines inégalités de la réalité quotidienne, le temps d'une partie. Parfois, elle permettra de laisser le sort décider de la réussite ou de l'échec d'une action avec la même probabilité qu'il s'agisse du tour du soignant ou de celui du patient. D'autres fois, elle permettra aux différents membres d'une famille réunie autour d'un jeu coopératif, d'avoir la même part de responsabilité dans la quête pour la victoire commune. Celle-ci peut également brimer les capacités imaginatives et restreindre parfois le plaisir de jeu, cependant le cadre qu'elle impose à la rencontre reste la plupart du temps très bénéfique. Enfin dans le cas du *jeu créé*, le fait que le groupe réfléchisse ensemble à la création des règles de celui-ci permet de se l'approprier, afin qu'il puisse jouer le rôle d'objet organisateur.⁵⁹

Le fait de jouer (de gagner mais pas seulement) est bien souvent générateur d'un sentiment de satisfaction personnelle. Dans le cas de notre étude, le jeu de société s'est trouvé être un outil acceptable, particulièrement apprécié par les patients comme en témoigne l'analyse des auto-questionnaires en terme de plaisir éprouvé. L'activité ludique est aussi l'occasion pour le patient de prendre un peu de recul par rapport à sa pathologie, particulièrement pour les jeux de simulation qui sont l'occasion de « faire semblant » le temps d'une partie. Ainsi, la médiation par le jeu de société permettrait de ne pas parler directement de ce qui dysfonctionne, mais peut-être d'amener le patient à le constater de lui-même et l'aider à mettre en place des stratégies pour pallier à ce déficit. L'abord est ici très différent de celui pour lequel opte la remédiation cognitive qui se déroule dans le sens inverse, avec un engagement préalable du patient qui sait que chaque exercice entrepris va viser l'amélioration de processus cognitifs, qu'il sait être altérés du fait de sa pathologie.⁴² L'activité ludique aurait tendance à perdre son qualificatif de « jeu » si elle visait prioritairement un objectif d'utilité. De la même façon, pour rester un jeu, il semble nécessaire que l'activité ludique reste libre, et que le patient ait donc la possibilité de choisir de s'y engager ou pas.

Enfin, il semble nécessaire de bien réfléchir à la position que va adopter le soignant qui proposera ce genre d'activité. La possibilité d'une interaction duelle est évidemment appréciable pour renforcer le lien soignant-soigné, ou permettre une modalité de communication moins abrupte que le questionnement direct. Par ailleurs, lorsque le soignant

cherche plutôt à faire émerger une dynamique groupale rassemblant les patients, il semble plus intéressant que celui-ci adopte une position de meneur de jeu. Il pourra ainsi, tout à la fois, être le garant du temps qui s'écoule, assurer l'intégrité du média et temporiser certaines interactions afin d'assurer la sécurité des joueurs.⁵⁷ Lorsque le soignant participe, il est logique qu'il prenne également plaisir à jouer et s'immerge dans le jeu, ce qui amoindrit sa capacité d'observation. Il peut être opportun d'associer un soignant meneur de jeu et un soignant joueur. Dans tous les cas, il est important que les places de chacun soient bien définies au préalable. En ceci, le cas de notre atelier jeu a pu rencontrer quelques difficultés. En effet, animant seule les trois ateliers, j'ai parfois été contrainte de compléter un binôme en cas de groupe impair lors du dernier atelier (Time's upTM), l'équilibre du jeu risquant d'être fortement menacé par la constitution d'un trinôme. Dans l'hypothèse de la poursuite de cet atelier, il serait préférable que deux soignants animent celui-ci (l'un restant obligatoirement dans une position de meneur de jeu) ou que le seul soignant soit particulièrement habitué voire formé à l'observation de groupe.

5.4 Réutilisation possible de notre atelier jeu

Il nous a semblé essentiel de formaliser cet atelier de jeu de société, grâce à la rédaction d'un protocole laissé à l'attention des membres de l'équipe soignante, au cas où ceux-ci souhaiteraient poursuivre la médiation par le jeu de société, au sein du service d'addictologie SESAME à Amiens. Notre but a été de rendre envisageable la poursuite de cette activité de médiation autant que possible : en invitant les infirmiers à participer aux ateliers, en faisant part de l'avancement du projet et des résultats préliminaires lors de plusieurs réunions institutionnelles, en permettant au service d'acquérir les jeux utilisés (pour le cas des trois jeux encore commercialisés) et en laissant dans le service le matériel retravaillé (cartes agrandies et simplifiées).

Le projet était également d'inclure cet atelier jeu aux futures prises en charge proposées dans l'hôpital de jour qui allait ouvrir. L'atelier jeu de société aurait ainsi, pu être reproduit avec des modalités différentes, pour faire face aux limites rencontrées lors de ce travail d'étude. Ces modalités sont : une évaluation neuropsychologique plus poussée et plus adaptée aux troubles cognitifs en lien avec l'alcoolodépendance, une analyse de l'ancienneté de l'abstinence et de l'imprégnation aux benzodiazépines au moment de l'évaluation initiale, la constitution de groupe en fonction des déficits cognitifs présentés et idéalement semi-ouverts,

des séances plus régulières s'étalant sur une durée plus longue et un atelier idéalement animé par deux soignants.

Enfin, puisque cet outil de médiation thérapeutique continue et continuera toujours de nous passionner, nous avons souhaité tenter de mettre en place cet atelier dans différents services de soins lors de notre internat, avec plus ou moins de succès. Ainsi les patients du service de psychogériatrie du CHPP ont-ils pu bénéficier avec grand plaisir de certains des jeux de société présentés dans ce travail, avec le concours de l'ergothérapeute en charge des nombreuses activités qui y sont habituellement proposées. Un essai moins fructueux a été réalisé dans l'Unité de Médecine de l'Adolescent du CHU d'Amiens, à destination des patients jeunes consommateurs d'alcool et de cannabis, qui ont été réticents à cette activité « imposée », étant assez libre de leur emploi du temps d'ordinaire. Cependant, cet échec relatif nous pousse à continuer d'adapter cet atelier pour en faire un outil thérapeutique relativement sérieux, tout en gardant à l'esprit l'aspect unique de la délicieuse futilité du jeu.

6. Conclusion

Le jeu est depuis longtemps utilisé comme un outil thérapeutique en psychiatrie, grâce à l'apport spécifique de son aspect ludique dans de nombreuses psychothérapies individuelles ou groupales. Plus récemment, son utilisation a concerné le champ des troubles cognitifs par son intégration à certains protocoles de remédiation cognitive. Cependant, il est question là d'un vaste panel d'activités que peut recouvrir l'appellation "jeu". Le jeu de société, quant à lui, se cantonne souvent à une fonctionnalité occupationnelle dans nos services de psychiatrie, servant le plus souvent à pallier à la lassitude générée par l'hospitalisation ou par la pathologie elle-même.

Ici, il a été question de faire jouer des patients alcoolodépendants afin d'agir sur l'aspect cognitif de leur pathologie. Cette étude a permis de confirmer l'hypothèse de départ qui était celle d'une fonction bénéfique de certains jeux de société sur l'évolution des fonctions cognitives au décours d'une cure de sevrage éthylique complexe. En effet, une tendance à l'amélioration de celles-ci a été retrouvée pour le groupe de patients bénéficiant de l'atelier jeu de société, alors que l'amélioration n'était pas significative dans le groupe témoin. Le nombre de patients présentant une altération marquée des fonctions cognitives avait significativement baissé dans le groupe jeu, alors que ce n'était pas le cas dans le groupe témoin. Les scores correspondant à l'épreuve de rappel étaient également nettement améliorés dans le groupe jeu, ce qui concordait avec le fait que lors de chaque atelier, un jeu faisant particulièrement appel à la mémoire était utilisé.

De plus, la fonction princeps du jeu, à savoir le fait de générer du plaisir, a également pu être explorée. La grande majorité des patients ayant participé à l'atelier jeu de société ont pu faire part du plaisir éprouvé à jouer, alors même que ceux-ci pouvaient exprimer une impression d'anhédonie en entretien médical. Ce point semble digne d'intérêt étant donné que le sentiment de satisfaction personnelle du patient au sortir d'une prise en charge en addictologie est l'un des témoins de la prévention de la rechute. Enfin, puisque jouer à un jeu de société, c'est avant tout jouer en société, il est évident que cette activité est propice à l'émergence d'une dynamique groupale régie par le principe de respect de la règle du jeu. Cette impression de facilitation de l'intégration au groupe a pu être rapportée par de nombreux patients ayant participé à l'étude.

Il semble alors intéressant d'intégrer le jeu de société dans à nos services, dans une logique de thérapie institutionnelle, permettant de dépasser son utilisation classique à des fins occupationnelles. Finalement, peut-être pourrait-on envisager de prescrire un jeu de société comme on prescrit d'autres thérapies, en ciblant ses indications, en anticipant le bénéfice attendu, et surtout en le choisissant, non plus par hasard, mais en fonction des fonctions cognitives qu'il se propose d'améliorer.

Ainsi ne choisissez plus vos jeux au hasard, mais gardez à l'esprit qu'un jeu ne reste un jeu que s'il suscite du plaisir chez celui qui y joue. Il sera d'autant plus utile que le joueur prendra plaisir à y jouer.

7. Bibliographie

- ¹ OMS – Organisation Mondiale de la Santé [en ligne]. Global status report on alcohol and health 2014. [consulté le 04/02/2018] Disponible sur http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report
- ² Beck F, Legleye S, Le Nézet O, Spilka S. Atlas régional des consommations d'alcool. Paris : INPES ; 2005. p.23
- ³ ARS – Agence Régionale de Santé [en ligne]. Rapport d'évaluation du Projet Régional de Santé (PRS) 2012-2017 Picardie. P. 34-35 [consulté le 04/02/2018] Disponible sur https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/201702/ARS_Picardie_Rapport_Final_evaluation_PRS_1.pdf
- ⁴ ARS - Agence Régionale de Santé [en ligne] Document de politique transversale sur les addictions 2012-2017 Picardie. P.10-12 [consulté le 04/02/2018] Disponible sur https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/Document_de_politique_transversale_sur_les_addictionsx.pdf
- ⁵ Vabret F, Lannuzel C, Cabe N, Ritz L, Boudehent C, Eustache F, et al. Troubles cognitifs liés à l'alcool : nature, impact et dépistage. Presse Med. 2016 ; 45 : 1124–1132
- ⁶ Ihara H, Berrios G E, London M. Group and case study of the dysexecutive syndrome in alcoholism without amnesia. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2000 ; 68 : 731–737
- ⁷ Noël X, Sferrazza R, Van der Linden M, Paternot J, Verhas M, Hanak C, et al. Contribution of frontal cerebral blood flow measured by 99mTc-bicisate spect and executive function deficits to predicting treatment outcome in alcohol-dependent patients. Alcohol 2002 ; 37 : 347–354.
- ⁸ Dictionnaire de français Larousse [en ligne] Définition du mot jeu. [consulté le 28/01/2018] Disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/jeu/44887?q=jeu#44826>
- ⁹ Huizinga J. Homo Ludens, essai sur la fonction sociale du jeu. Paris : Gallimard ; 1951. 292p.
- ¹⁰ Caillois R. Les jeux et les hommes, le masque et le vertige. Paris : Gallimard ; 1958. 384p
- ¹¹ Winicott D.W. Jeu et réalité, l'espace potentiel. Paris : Gallimard ; 1975. 276p.

- ¹² Universalis E. Dictionnaire des idées et notions en Sciences humaines. Paris : Encyclopædia Universalis ; 2015 : 401 p.
- ¹³ Wallon H. Evolution psychologique de l'enfant. Paris : Armand Colin ; 1941. 224p.
- ¹⁴ Freud S. [en ligne] Au-delà du principe de plaisir. Traduit en 1920 [consulté le 28/01/2018] Disponible sur http://www.psychanalyse.com/pdf/Au_dela_du_principe_de_plaisir_freud.pdf
- ¹⁵ Fillion R. Le système ESAR : Pour analyser, classifier des jeux et aménager des espaces. Revu et augmenté. Quebec : A la page ; 2015. 348p.
- ¹⁶ Lejoyeux M. Le jeu pathologique : aspects littéraires et culturels. L'Autre 2006 ; 7 : 231-242.
- ¹⁷ Tric trac [en ligne]. Les messages véhiculés par les jeux à travers l'histoire [consulté le 28/01/2018]. <https://www.trictrac.net/actus/les-messages-vehicules-par-les-jeux-a-travers-l-histoire>
- ¹⁸ Libération [en ligne]. Jean-Marie Lhôte, auteur de «Histoire des jeux de sociétés». «Le damier est né de la géométrie, les cartes de l'imprimerie» [consulté le 28/01/2018]. http://next.liberation.fr/amphtml/vous/1994/12/28/jean-maie-lhote-auteur-de-histoire-des-jeux-de-societesle-damier-est-ne-de-le-geometrie-les-cartes-_115898
- ¹⁹ Madgames [en ligne].Bref historique des jeux de societe [consultée le 28/01/2018]. <http://madgames.over-blog.fr/article-bref-historique-des-jeux-de-societe-60069594.html>
- ²⁰ Pépites ludiques"[en ligne]. Les chiffres du marché des jeux de societe [consulté le 04/02/2018]. www.pepitesludiques.com/article-les-chiffres-du-marche-des-jeux-de-societe-70101931.html
- ²¹ Maurage P, D'Hondt F. Troubles cognitifs dans l'alcoolodépendance. Dans Remédiation cognitive, 2ème édition Sous la direction de Nicolas Franck. Paris : Elsevier Masson ; 2017. p.281-306
- ²² Cabé N, Laniepece A, Ritz L, Lannuzel C, Boudehent C, Vabret F, et al. Troubles cognitifs dans l'alcoolodépendance : intérêt du dépistage dans l'optimisation des prises en charge. L'Encéphale 2016 ; 42 : 74–81.
- ²³ Miranda R, Bordas N, Benamina A. Remédiation cognitive dans l'alcoolodépendance. Dans Remédiation cognitive, 2ème édition. Sous la direction de Nicolas Franck. Paris : Elsevier Masson ; 2017. p.307-315.

- ²⁴ Dano C, Le Geay F, Brière M. Diagnostic et prise en charge des troubles de l'usage d'alcool : données récentes. *L'Encéphale* 2014 ; 40 : 276—285
- ²⁵ Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization* 2004 ; 11 : 82
- ²⁶ Persyn W. « Phénotypage d'une population alcoolodépendante lourde picarde », Mémoire de DES spécialité Psychiatrie, sous la direction du Dr C. Guillaumont, Amiens, Université de Picardie Jules Verne, 2009, 54 p.
- ²⁷ Département de l'Information et de la Recherche Médicale. Rapport d'activité année 2016. Service de Soins et d'Aide aux Malades Ethyliques « SESAME » et « ELSA ». Amiens ; C.H.P.Pinel ; 2016. 11p.
- ²⁸ Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc.* 2005 ; 53 : 695-9.
- ²⁹ Copersino ML, Fals-Stewart W, Fitzmaurice G, Schretlen DJ, Sokoloff J, Weiss RD. Rapid cognitive screening of patients with substance use disorders. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2009 ; 17 : 337-44.
- ³⁰ Ewert V, Pelletier S, Alarcon R, Nalpas B, Donnadiou-Rigole H, Trouillet R, et al. Determination of MoCA Cutoff Score in Patients with Alcohol Use Disorders. *Alcohol Clin Exp Res.* 2018 ; 42 : 403-412.
- ³¹ Pelletier S, Nalpas B, Alarcon R, Rigole H, Perney P. Investigation of Cognitive Improvement in Alcohol-Dependent Inpatients Using the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Score. *J Addict.* 2016 ; 2016 : 7p.
- ³² Castaneda R, Galanter M. Ethnic differences in drinking practices and cognitive impairment among detoxifying alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol* 1988 ; 49 : 335-339.
- ³³ Pitel AL, Rivier J, Beaunieux H, Vabret F, Desgranges B, Eustache F. Change in the episodic memory and executive functions of abstinent and relapsed alcoholics over 6 month period. *Alcohol Clin Exp Res* 2009 ; 33 : 490–498
- ³⁴ Donovan D, Mattson M.E, Cisler R.A et al. Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. *Journal of Studies on Alcohol Supplement* 2005 ; 15 : 119-139.
- ³⁵ Bates ME, Buckman JF, Nguyen TT. A role for cognitive rehabilitation in increasing the effectiveness of treatment for alcohol use disorders. *Neuropsychol Rev* 2013 ; 23 : 27–47.

- ³⁶ Ridley N, Batchelor J, Draper B, Demirkol A, Lintzeris N, Withall A. Cognitive screening in substance users: Diagnostic accuracies of the Mini-Mental State Examination, Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised, and Montreal Cognitive Assessment. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2018 ; 40 : 107-122.
- ³⁷ Alarcon R, Nalpas B, Pelletier S, Perney P. MoCA as a Screening Tool of Neuropsychological Deficits in Alcohol-Dependent Patients. *Alcohol Clin Exp Res*. 2015 ; 39 : 1042-1048.
- ³⁸ Ritz L, Lannuzel C, Boudehent C et al. Validation of a brief screening tool for alcohol-related neuropsychological impairments. *Alcoholism.Clinical and Experimental Research*. 2015 ; 39 : 2249-2260.
- ³⁹ Fein G, Bachman L, Fisher S, Davenport L. Cognitive impairments in abstinent alcoholics. *West J Med* 1990 ; 152 : 531-537.
- ⁴⁰ Goldman MS. Experience-dependent neuropsychological recovery and the treatment of chronic alcoholism. *Neuropsychol Rev* 1990 ; 1 : 75–101.
- ⁴¹ Ritz L, Coulbault L, Lannuzel C, Boudehent C, Segobin S, Eustache F, et al. Clinical and Biological Risk Factors for Neuropsychological Impairment in Alcohol Use Disorder. *PLoS ONE* 11 2016 ; 9 : 1-14
- ⁴² Franck N. Introduction. Dans *Remédiation cognitive*, 2ème édition. Paris : Elsevier Masson ; 2017. p.1-13.
- ⁴³ Pachoud B. Remédiation cognitive et vie quotidienne. Dans *Remédiation cognitive*, 2ème édition. Sous la direction de Nicolas Franck. Paris : Elsevier Masson ; 2017. p.82-101.
- ⁴⁴ Goldstein, K. Aftereffects of brain injuries in war: Their evaluation and treatment: The application of psychologic methods in the clinic. New York City : Grune & Stratton ; 1942.
- ⁴⁵ Vianin P. Programme RECOS. Dans *Remédiation cognitive*, 2ème édition. Sous la direction de Nicolas Franck. Paris : Elsevier Masson ; 2017. p.105-125.
- ⁴⁶ Amado I, Todd A. Cognitive remediation therapy (CRT). Dans *Remédiation cognitive*, 2ème édition. Sous la direction de Nicolas Franck. Paris : Elsevier Masson ; 2017. p.126-145.
- ⁴⁷ Gaudelus B, Franck N. Programme GAÏA. Dans *Remédiation cognitive*, 2ème édition. Sous la direction de Nicolas Franck. Paris : Elsevier Masson ; 2017. p.197-211.
- ⁴⁸ Pomini V, Roder V. Programme intégratif IPT. Dans *Remédiation cognitive*, 2ème édition. Sous la direction de Nicolas Franck. Paris : Elsevier Masson ; 2017. p.212-240.

- ⁴⁹ Rupp CI, Kemmler G, Kurz M, Hinterhuber H., Fleischhacker WW. Cognitive remediation therapy during treatment for alcohol dependence. *J Stud Alcohol Drugs* 2012 ; 73 : 625–34.
- ⁵⁰ Houben K, Nederkoorn C, Wiers RW, Jansen A. Resisting temptation: decreasing alcohol-related affect and drinking behavior by training response inhibition. *Drug Alcohol Depend* 2011 ; 116 : 132–6.
- ⁵¹ Wiers R, Houben K, Fadardi J, van Beek P, Rhemtulla M, Miles Cox W. Alcohol Cognitive Bias Modification training for problem drinkers over the web. *Addictive Behaviors* 2015 ; 40 : 21-26
- ⁵² Goldman RS, Goldman MS. Experience-dependent cognitive recovery in alcoholics: a task component strategy. *J Stud Alcohol* 1988 ; 49 : 142–8.
- ⁵³ Roehrich L, Goldman MS. Experience-dependent neuropsychological recovery and the treatment of alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993 ; 61 : 812-821.
- ⁵⁴ Griffiths A, Hill R, Morgan C, et al. (2012) Prospective memory and future event simulation in individuals with alcohol dependence. *Addiction* 2012 ; 107 : 1809-1816.
- ⁵⁵ Neuropsychologie et Imagerie de la Mémoire Humaine [en ligne] Altérations du fonctionnement cérébral dans les troubles de l'usage de l'alcool : mieux comprendre pour mieux prendre en charge. [consulté le 28/01/2018] Disponible sur <https://nimh.unicaen.fr/fr/recherche/equipe-memoire-et-oubli/alcool-dependance-consequences-cognitives-et-cerebrales/>
- ⁵⁶ Klein M. *La psychanalyse des enfants*. Paris : PUF ; 2013 (édition originale Vienne 1932) : 336p.
- ⁵⁷ Cailleau F, Lefèbvre V. Visites médiatisées en institution et jeux de société : des éléments du processus thérapeutique ? *Cahiers de psychologie clinique* 2016 ; 46 : 123-143
- ⁵⁸ Mousnier E, et al. Les cartes Dixit comme support aux représentations métaphoriques : un média d'intervention systémique sous mandat. *Thérapie Familiale* 2016 ; 37 : 363-386
- ⁵⁹ Moraël J. 9. Du jeu libre au jeu de société créé en psychothérapie de groupe pour adolescents. Dans Granier E et al. *L'adolescent entre marge, art et culture*. ERES « La vie devant eux » ; 2013. p. 157-174.

⁶⁰ Simmonds J. « Intérêt du groupe de médiation thérapeutique par le jeu de rôle dans les pathologies entravant le processus adolescent », Thèse de doctorat en Médecine (spécialité Psychiatrie), sous la direction des Drs J.-M. Pérot et F. Agneray, Paris, Université de Picardie Jules Verne, 2017, 258 p.

⁶¹ Delion P. La psychothérapie institutionnelle : d'où vient-elle et où va-t-elle ? *Empan* 2014 ; 96 : 104-112

⁶² Oury J. Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle. Paris : Champ social Editions ; 2001.

⁶³ Oury J. De Sainte Anne S. L'alienation : séminaire de Sainte Anne 10^e année. Paris : Gallilée ; 1992

⁶⁴ Ascodocpsy. [en ligne] Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. [consulté le 14 mars 2018] Disponible sur http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_15mars1960bis.pdf

⁶⁵ Archambeau S. Ateliers et activités : points communs et différences. Dans *L'atelier d'expression en psychiatrie : l'expérience de Libourne*. Toulouse : Erès ; 2010. p. 165-179

8. Annexes

Annexe 1 : MoCA de M. N

MONTREAL version 7.1

NORMAND pierre
M 22/08/46 (68)
3665 LE:03/11/14
66258

Nom : **Mr NORMAN**
Scolarité :
Sexe : **M**

Date de Naissance : **22.08.46**
Date : **05.11.2016**

VISUOSPATIAL/EXECUTIF

Diagramme de lettres et chiffres : A (Fin), B (Début), C, D, E, 1, 2, 3, 4, 5. Score : [0]

Copier le cube : [0]

Dessiner HORLOGE (11 h 10 min) (3 points) : [1] Contour, [0] Chiffres, [0] Aiguilles. Score : 1/5

DENOMINATION

Images d'un lion, d'un rhinocéros et d'un chameau. Score : [] [] [] 3/3

MEMOIRE Lire la liste de mots, le patient doit répéter. Faire 2 essais même si le 1er essai est réussi. Faire un rappel 5 min après.

| | VISAGE | VELOURS | ÉGLISE | MARGUERITE | ROUGE | Pas de point |
|------------------------|--------|---------|----------|------------|-------|--------------|
| 1 ^{er} essai | / | / | u | marguerite | | |
| 2 ^{ème} essai | | | siguille | | | |

ATTENTION Lire la série de chiffres (1 chiffre/ sec). Le patient doit la répéter. [0] 2 1 8 5 4
Le patient doit la répéter à l'envers. [1] 7 4 2. Score : 1/2

la série de lettres. Le patient doit taper de la main à chaque lettre A. Pos de point si 2 erreurs
[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB. Score : 0/1

Soustraire série de 7 à partir de 100. 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 []
4 ou 5 soustractions correctes : 3 pts, 2 ou 3 correctes : 2 pts, 1 correcte : 1 pt, 0 correcte : 0 pt. Score : 0/3

LANGAGE Répéter : Le colibri a déposé ses œufs sur le sable. [] L'argument de l'avocat les a convaincus. [] Score : 4/2

Fluidité de langage. Nommer un maximum de mots commençant par la lettre «F» en 1 min [] 6 (N≥11 mots) Score : 0/1

ABSTRACTION Similitude entre ex : banane - orange = fruit [] train - bicyclette [] montre - règle. Score : 0/2

RAPPEL Doit se souvenir des mots SANS INDICES

| | VISAGE | VELOURS | ÉGLISE | MARGUERITE | ROUGE | Points pour rappel SANS INDICES seulement |
|-----------|--------------------------------------|-----------|-----------|------------|-----------|---|
| Optionnel | Indice de catégorie : wau | | | ok | ok | |
| | Indice choix multiples : main | ok | ok | | | |

Score : 0/5

ORIENTATION [X] Date [X] Mois [X] Année [X] Jour [X] Endroit [X] Ville. Score : 6/6

Yasreddine MD www.mocatest.org Normal ≥ 26/30 TOTAL 12/30
Ajouter 1 point si scolarité ≤ 12 ans

Administré par : **nde GRACIE CAMILLE**

www.Alco.com

Annexe 2 : Déroulement d'une session type de sevrage complexe au SESAME

| SESSION TYPE | | | |
|--------------|--|---|---|
| LUNDI | S E M A I N E ① | ENTREES | |
| MARDI | | 7h Bilan sanguin | |
| MERCREDI | | <i>A partir du jeudi : différents ateliers possibles</i> | |
| JEUDI | | - Relaxations /techniques de respiration - Expression thérapeutique /collage | |
| VENDREDI | | 15h accueil et présentation / 20h mouvement d'abstinents | |
| SAMEDI | | Expression Thérapeutique | Mémoire 1 |
| DIMANCHE | | Sommeil | 14h à 18h : Visite des familles |
| LUNDI | S E M A I N E ② | Objectifs et motivations | 14h à 18h : Visite des familles + accueil des familles (selon demande) |
| MARDI | | Zumba / Entretiens médicaux | Info tabac / traitement |
| MERCREDI | | Définitions et généralités | psycho. de groupe / ateliers divers (*) |
| JEUDI | | ateliers divers (*) | PERMISSION 14h30 à 17h30 |
| VENDREDI | | Itinéraire 1 | Ecriture 1 / 20h : mouvement |
| SAMEDI | | Phares 1 et 2 | Albatros / mémoire 2 |
| DIMANCHE | | 9h à 18h PERMISSION | 18h15 groupe retour de perm' |
| LUNDI | S E M A I N E ③ | Itinéraire 2 | 14h à 18h : Visite des familles |
| MARDI | | 9h00 : Initiation acupuncture | Entretiens médicaux |
| MERCREDI | | Zumba / Après SESAME | psycho. de groupe / ateliers divers (*) |
| JEUDI | | Addiction / itinéraire 3 | PERMISSION 14h30 à 17h30 |
| VENDREDI | | 10h45 Kiné | Phares 3 et 4/ 20h : mouvement |
| SAMEDI | | 10h00 : Diététique | Albatros / écriture 2 |
| DIMANCHE | | PERMISSION (départ 9h) | PERMISSION |
| LUNDI | S E M A I N E ④ | PERMISSION (retour 18h) | 18h15 groupe retour de perm' |
| MARDI | | Bilans sanguins / zumba Pathologies | Entretiens médicaux |
| MERCREDI | | Bilan de session | Itinéraire 4 |
| JEUDI | | Phare 5 / +/- ateliers divers (*) | PERMISSION 14h30 à 17h30 |
| VENDREDI | | Psychothérapie de groupe / kiné | Ecriture 3/ +/- ateliers divers (*) / 20h : mouvement |
| SAMEDI | | 10h00 : Diététique | Phare 6/ +/- ateliers divers (*) |
| | | SORTIE DEFINITIVE | |

Humeur du jour : tous les matins 8h30 sauf dimanche : 9h00

* **Ateliers divers** : marche (selon météo) sur 3 temps (de + en + longue), réveil musculaire (Françoise), initiation yoga (Cécile D), musicothérapie 1 et 2 (Cécile B), techniques de respiration (Aimée), visionnage film ou documentaire.

Entretiens psycho et AS : en dehors des groupes, commencer les groupes à 10h dans la mesure du possible

Annexe 3 : Protocole de traitement prescrit à l'admission au SESAME avec choix du Valium comme benzodiazépine

| <u>Voie orale</u> |
|---|
| BEVITINE 250MG CPR 2 cpr matin midi, à partir de J1, pendant 2 semaines |
| AOTAL 333MG CPR ENR 2 cpr matin midi soir, à partir de J1 |
| VALIUM 10MG CPR 1 cpr toutes les 4 heures, si score de Cushman entre 5 et 7, ne pas renouveler avant 4 heures, à partir de J1 |
| VALIUM 10MG CPR 1 cpr toutes les 3 heures, si score de Cushman supérieur à 8, ne pas renouveler avant 3 heures, à partir de J1 |
| MAG 2 2.5G PDR ORALE SACHET 1 sachet matin midi, à partir de J1, pendant 3 jours |
| ZOPICLONE ARW 7.5MG CPR 1 cpr coucher, si insomnie, à partir de J1 |
| NICOBION 500MG CPR 1 cpr matin, à partir de J1 |
| <u>Injections</u> |
| RIVOTRIL MG/ML SOL INJ A DILUER voie INTRAMUSCULAIRE |
| 1mg par jour, si crise comitiale, à partir de J1 |

Annexe 4 : Score de Cushman

| SCORE | 0 | 1 | 2 | 3 |
|----------------------------|---------|----------|------------------------------|----------------|
| FRÉQUENCE CARDIAQUE | <80 | 80-100 | 100-120 | >120 |
| TENSION ARTÉRIELLE | <135 | 136-145 | 146-155 | >156 |
| TREMBLEMENTS | Aucun | Mains | Membres supérieurs | Généralisés |
| SUEURS | Aucunes | Paumes | Paumes et front | Généralisées |
| AGITATION | Aucune | Discrète | Généralisée et incontrôlable | Hallucinations |
| TOTAL | | | | |

Cushman <5 : Valium = 0

Cushman entre 5 et 7 : Valium toutes les 4 heures

Cushman >7 : Valium toutes les 3 heures

Annexe 5 : Auto-questionnaire proposé aux patients dans le cadre de l'atelier jeu

| | |
|--|---|
| QUESTIONNAIRE CONCERNANT L'ATELIER JEUX (à remplir par le patient) | NOM : Prénom : Date de début de cure : / / |
|--|---|

Atelier 1 - « Brainstorm » :

- Avez-vous trouvé la durée de *Brainstorm* adapté ?
 Trop court un peu court bien un peu long trop long
- Avez-vous trouvé *Brainstorm* difficile ?
 Trop facile un peu facile adapté un peu difficile trop difficile
- Avez-vous trouvé *Brainstorm* utile ?
 Pas du tout pas assez moyennement plutôt vraiment
- Avez-vous pris plaisir à jouer à *Brainstorm* ?
 Pas du tout pas assez moyennement plutôt vraiment

Avez-vous des remarques à faire ou des suggestions pour améliorer cet atelier :

.....

.....

.....

.....

.....

Atelier 2 - « Speed cups » / « Brain box » :

- Avez-vous trouvé la durée de *Speed cups* adapté ?
 Trop court un peu court bien un peu long trop long
- Avez-vous trouvé *Speed cups* difficile ?
 Trop facile un peu facile adapté un peu difficile trop difficile
- Avez-vous trouvé *Speed cups* utile ?
 Pas du tout pas assez moyennement plutôt vraiment
- Avez-vous pris plaisir à jouer à *Speed cups* ?
 Pas du tout pas assez moyennement plutôt vraiment

- Avez-vous trouvé la durée de *Brain box* adapté ?
 Trop court un peu court bien un peu long trop long
- Avez-vous trouvé *Brain box* difficile ?
 Trop facile un peu facile adapté un peu difficile trop difficile
- Avez-vous trouvé *Brain box* utile ?
 Pas du tout pas assez moyennement plutôt vraiment
- Avez-vous pris plaisir à jouer à *Brain box* ?
 Pas du tout pas assez moyennement plutôt vraiment

Avez-vous des remarques à faire ou des suggestions pour améliorer cet atelier :

.....

.....

.....

.....

.....

Atelier 3 - « Time's up » :

- Avez-vous trouvé la durée de *Time's up* adapté ?
 Trop court un peu court bien un peu long trop long
- Avez-vous trouvé *Time's up* difficile ?
 Trop facile un peu facile adapté un peu difficile trop difficile
- Avez-vous trouvé *Time's up* utile ?
 Pas du tout pas assez moyennement plutôt vraiment
- Avez-vous pris plaisir à jouer à *Time's up* ?
 Pas du tout pas assez moyennement plutôt vraiment

Avez-vous des remarques à faire ou des suggestions pour améliorer cet atelier :

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe 6.1 : Cartes pour le jeu Brainstorm™

PARTIES VISIBLES D'UNE VOITURE

VOLANT

PHARES

ROUES

SIEGES

CEINTURE DE SECURITE

LEVIER DE VITESSE

TABEAU DE BORD

PARE-CHOC

VITRES

PNEUS

ALIMENTS COMMENÇANT PAR LA LETTRE « P »

POISSON

POMME

POIRE

POMME DE TERRE

PECHE

PASTEQUE

PIZZA

PATES

POIREAU

PUREE

Annexe 6.2 : Cartes pour le jeu Speed cups™ et disposition adéquate des coupes

a. disposition simple



b. disposition complexe sur deux dimensions



c. disposition complexe sur trois dimensions



Annexe 6.3 : Carte pour le jeu Brainbox™ recto / verso



Annexe 6.4 : Cartes pour le jeu Time's Up™

| | |
|-----------------------|-------------------------|
| MARILYN MONROE | TINTIN |
| JULES CÉSAR | ALEXANDRE ASTIER |

Résumé

Introduction Peu d'études ont évalué les effets de médiation thérapeutique par le jeu de société pour les patients alcoolodépendants. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'intérêt de ces jeux parmi une population de patients du service d'addictologie SESAME à Amiens, dont leur impact sur les déficits cognitifs liés à l'alcool.

Matériel et méthodes L'étude a inclus 28 patients bénéficiant de l'atelier jeu et 29 témoins, évalués à l'aide du MoCA (Montreal Cognitive Assessment) à l'admission (t0) et en fin d'hospitalisation pour sevrage complexe (t1) ; ainsi que par un auto-questionnaire et un hétéro-questionnaire évaluant les capacités hédoniques et l'intégration au groupe.

Résultats Dans le groupe jeu, les scores moyens totaux du MoCA étaient améliorés entre t0 et t1 avec une différence significative (MoCA_{t0} = 23,89 ± 3,88, MoCA_{t1} = 25,66 ± 4,62, test t: -2,47, p < 0,01). Les sous-scores améliorés étaient ceux associés à la mémoire, à la fonction exécutive et visuospatiale. Il n'y avait pas d'amélioration significative dans le groupe témoin (MoCA_{t0} = 24,86 ± 3,96, MoCA_{t1} = 26,36 ± 3,40, test t: -1,53, p = 0,07). Les évaluations qualitatives ont retrouvé un impact sur les ressentis de plaisir et d'intégration au groupe.

Discussion Ces résultats suggèrent un intérêt des jeux de société concernant les fonctions cognitives, le sentiment de satisfaction personnelle et celui d'intégration sociale.

Conclusion L'expérience de cet atelier a permis de (re)découvrir pour une majorité de sujets le plaisir d'une expérience ludique partagée. Des études complémentaires seraient nécessaires pour évaluer les fonctions cognitives améliorées avec des tests neuropsychologiques plus approfondis.

Mots-clés

Alcoolodépendance, Troubles de l'usage de l'alcool, Neuropsychologie, MoCA, Remédiation cognitive, Médiation thérapeutique, Jeux de société.

Summary

Introduction Few studies have evaluated the effects of therapeutic mediation by board games for alcohol-dependent patients. This study objective was to evaluate the interest of these games among a population of patients, belonging to the addiction service called SESAME in Amiens and to study their impact on cognitive deficits related to alcohol.

Material and methods The study included 28 patients benefiting from the game workshop and 29 witnesses, assessed using the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) at admission (t0) and at the end of hospitalization for complex withdrawal (t1); as well as a self-survey and a hetero-survey assessing hedonic abilities and integration into the group.

Results In the game group, the mean total MoCA scores were improved between t0 and t1 with a significant difference (MoCA_{t0} = 23.89 ± 3.88, MoCA_{t1} = 25.66 ± 4.62, t test: -2.47, p < 0.01). The improved sub-scores were those associated with memory, executive and visuospatial function. There was no significant improvement in the witness group (MoCA_{t0} = 24.86 ± 3.96, MoCA_{t1} = 26.36 ± 3.40, t test: -1.53, p = 0.07). Qualitative evaluations have shown an impact on the feelings of pleasure and integration in the group.

Discussion These results suggest an interest in board games with an impact on cognitive functions, feelings of personal satisfaction and social integration.

Conclusion This workshop experiment allows the (re) discovery for most of subjects, of the pleasure to share a recreational experience. Further studies would be needed to evaluate improved cognitive functions with more in-depth neuropsychological tests.

Keywords

Alcohol dependence, Alcohol use disorder, Neuropsychology, MoCA, Cognitive remediation, Therapeutic mediation, Board games