

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTÉS DE MÉDECINE**

---

ANNÉE 2020

2020 TOU3 1624

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement

par

**Christophe BRUN**

le 14 octobre 2020

**Etat des lieux sur la place et l'apport des jeux de société**  
**dans les structures de soins à temps partiel**  
**des patients de psychiatrie adulte en Haute Garonne**

Directrice de thèse : Dr Nathalie BOUNHOURE

**JURY**

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Président
Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD	Assesseur
Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT	Assesseur
Monsieur le Docteur Jérôme BOUCARD	Assesseur
Madame le Docteur Nathalie BOUNHOURE	Suppléant



**TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2019**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

**Professeurs Émérites**

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur JOFFRE Francis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ARBUS Louis	Professeur LARENG Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAURENT Guy
Professeur BOCCALON Henri	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BONEU Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur CARATERO Claude	Professeur MANELFE Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTE Jean	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SIMON Jacques

## FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1<sup>ère</sup> classe

2<sup>ème</sup> classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. BONNEVIALLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BRASSAT David	Neurologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque		
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.		
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	<b>P.U. Médecine générale</b>	
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MESTHÉ Pierre	
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. OUSTRIC Stéphane (C.E)	
M. GAME Xavier	Urologie		
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	<b>Professeur Associé Médecine générale</b>	
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. ABITTEBOUL Yves	
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. POUTRAIN Jean-Christophe	
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale		
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	<b>Professeur Associé en Neurologie</b>	
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Mme PAVY-LE TRAON Anne	
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence	<b>Professeur Associé en Bactériologie - Virologie ; Hygiène Hospitalière</b>	
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	Mme MALAUAUD Sandra	
M. MALAUAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		

## FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1<sup>ère</sup> classe

2<sup>ème</sup> classe

M. ARBUS Christophe Psychiatrie  
M. ACAR Philippe Pédiatrie  
M. ACCADBLED Franck Chirurgie Infantile  
M. ALRIC Laurent (C.E) Médecine Interne  
Mme ANDRIEU Sandrine Epidémiologie  
M. ARNAL Jean-François Physiologie  
Mme BERRY Isabelle (C.E) Biophysique  
M. BONNEVILLE Fabrice Radiologie  
M. BUJAN Louis (C. E) Urologie-Andrologie  
Mme BURA-RIVIERE Alessandra Médecine Vasculaire  
M. BUSCAIL Louis (C.E) Hépato-Gastro-Entérologie  
M. CANTAGREL Alain (C.E) Rhumatologie  
M. CARON Philippe (C.E) Endocrinologie  
M. CHAUFOUR Xavier Chirurgie Vasculaire  
M. CHAYNES Patrick Anatomie  
M. CHIRON Philippe (C.E) Chirurgie Orthopédique et Traumatologie  
M. CONSTANTIN Arnaud Rhumatologie  
M. COURBON Frédéric Biophysique  
Mme COURTADE SAIDI Monique Histologie Embryologie  
M. DAMBRIN Camille Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire  
M. DELABESSE Eric Hématologie  
M. DELOBEL Pierre Maladies Infectieuses  
M. DELORD Jean-Pierre Cancérologie  
M. DIDIER Alain (C.E) Pneumologie  
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E) Thérapeutique  
M. ELBAZ Meyer Cardiologie  
M. GALINIER Michel (C.E) Cardiologie  
M. GLOCK Yves (C.E) Chirurgie Cardio-Vasculaire  
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel Anatomie Pathologique  
M. GOURDY Pierre Endocrinologie  
M. GRAND Alain (C.E) Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prév.  
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E) Chirurgie plastique  
Mme GUIMBAUD Rosine Cancérologie  
Mme HANAIRE Hélène (C.E) Endocrinologie  
M. HUYGHE Eric Urologie  
M. KAMAR Nassim (C.E) Néphrologie  
M. LARRUE Vincent Neurologie  
M. LEVADE Thierry (C.E) Biochimie  
M. MALECAZE François (C.E) Ophtalmologie  
M. MARQUE Philippe Médecine Physique et Réadaptation  
M. MAURY Jean-Philippe Cardiologie  
Mme MAZEREEUW Juliette Dermatologie  
M. MINVILLE Vincent Anesthésiologie Réanimation  
M. OTAL Philippe Radiologie  
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E) Psychiatrie Infantile  
M. RITZ Patrick (C.E) Nutrition  
M. ROLLAND Yves (C.E) Gériatrie  
M. ROUGE Daniel (C.E) Médecine Légale  
M. ROUSSEAU Hervé (C.E) Radiologie  
M. ROUX Franck-Emmanuel Neurochirurgie  
M. SAILLER Laurent Médecine Interne  
M. SCHMITT Laurent (C.E) Psychiatrie  
M. SENARD Jean-Michel (C.E) Pharmacologie  
M. SERRANO Elie (C.E) Oto-rhino-laryngologie  
M. SOULAT Jean-Marc Médecine du Travail  
M. SOULIE Michel (C.E) Urologie  
M. SUC Bertrand Chirurgie Digestive  
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E) Pédiatrie  
Mme URO-COSTE Emmanuelle Anatomie Pathologique  
M. VAYSSIERE Christophe Gynécologie Obstétrique  
M. VELLAS Bruno (C.E) Gériatrie

M. AUSSEIL Jérôme Biochimie et biologie moléculaire  
M. BERRY Antoine Parasitologie  
M. BOUNES Vincent Médecine d'urgence  
Mme BOURNET Barbara Gastro-entérologie  
M. CHAPUT Benoit Chirurgie plastique et des brûlés  
Mme DALENC Florence Cancérologie  
M. DECRAMER Stéphane Pédiatrie  
Mme FARUCH-BILFELD Marie Radiologie et Imagerie Médicale  
M. FAGUER Stanislas Néphrologie  
M. FRANCHITTO Nicolas Addictologie  
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio Chirurgie Plastique  
M. GATIMEL Nicolas Médecine de la reproduction  
Mme LAPRIE Anne Radiothérapie  
M. LAURENT Camille Anatomie Pathologique  
M. LE CAIGNEC Cédric Génétique  
M. MARCHEIX Bertrand Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
M. MEYER Nicolas Dermatologie  
M. MUSCARI Fabrice Chirurgie Digestive  
M. REINA Nicolas Chirurgie orthopédique et traumatologique  
M. SILVA SIFONTES Stein Réanimation  
M. SOLER Vincent Ophtalmologie  
Mme SOMMET Agnès Pharmacologie  
M. SOTO-MARTIN Maria-Eugénia Gériatrie et biologie du vieillissement  
M. TACK Ivan Physiologie  
M. VERGEZ Sébastien Oto-rhino-laryngologie  
M. YSEBAERT Loic Hématologie

**P.U. Médecine générale**

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**Professeur Associé de Médecine Générale**

M. BOYER Pierre

M. STILLMUNKES André

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire	M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme CORRE Jill	Hématologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit.
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GALINIER Anne	Nutrition
M. HAMDI Safouane	Biochimie	Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	M. GASQ David	Physiologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie ; Addictologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie	M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme PERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. TREINER Emmanuel	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique	Mme VALLET Marion	Physiologie
		M. VERGEZ François	Hématologie
		M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie
<b>M.C.U. Médecine générale</b>		<b>M.C.U. Médecine générale</b>	
M. BRILLAC Thierry		M. BISMUTH Michel	
Mme DUPOUY Julie		Mme ESCOURROU Brigitte	

**Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale**

Dr CHICOULAA Bruno  
Dr FREYENS Anne  
Dr PUECH Marielle

Dr BIREBENT Jordan  
Dr BOURGEOIS Odile  
Dr LATROUS Leila  
Dr. BOUSSIER Nathalie

# Serment d'hippocrate

*Sur ma conscience, en présence de mes maîtres et de mes condisciples,  
je jure d'exercer la médecine suivant les lois de la morale, de l'honneur et de la probité.  
Je pratiquerai scrupuleusement tous mes devoirs envers les malades,  
mes confrères et la société.*

*« On n'arrête pas de jouer parce qu'on vieillit.  
On vieillit parce qu'on arrête de jouer. »*

**George Bernard Shaw**

*« On peut en savoir plus sur quelqu'un en une heure de jeu  
qu'en une année de conversation. »*

**Citation attribuée à Platon**

# Remerciements

Merci à Monsieur le Professeur Christophe ARBUS,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Je vous suis reconnaissant pour la qualité de votre enseignement, votre disponibilité et votre bienveillance.

Je vous remercie du soin que vous portez à l'accompagnement des internes.

Je suis fier d'avoir été accueilli dans votre service.

Je vous témoigne ici mon profond respect et mes sincères remerciements.

Merci à Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD,

Je tiens à vous remercier pour votre pédagogie et votre enseignement.

J'espère que ce travail sera à la hauteur du respect que je vous porte.

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de juger ce travail, en espérant que ce dernier vous donnera satisfaction.

Merci à Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT,

Je suis fier d'avoir été accueilli dans votre service.

Je vous remercie pour votre enseignement.

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de juger ce travail, en espérant que ce dernier suscitera votre intérêt.

Monsieur le Docteur Jérôme BOUCARD,

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger à ce jury.

J'espère que ce travail saura retenir votre attention.

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de juger ce travail, en espérant que ce dernier ne vous décevra pas.

Madame le Docteur Nathalie BOUNHOURE,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être la directrice de cette thèse.

Je vous suis infiniment reconnaissant pour votre disponibilité, votre écoute et votre enthousiasme.

Je vous remercie pour votre bienveillance et vos judicieux conseils qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je vous remercie de l'honneur que vous m'avez fait en dirigeant ce travail.

J'espère avoir été digne de ce travail fait ensemble.

Merci au Docteur Jean-Louis ROUBIRA et à Vincent BIDAULT d'avoir pris le temps de m'aider dans ma thèse.

Je tiens, tout particulièrement, à remercier les équipes médicales et paramédicales des différents stages qui m'ont accompagné durant mon internat :

- Le CMP, l'HDJ et le RASTA de Millau
- La clinique Sainte Marie de Rodez
- Le secteur fermé Pinel A à Montauban
- L'UMPSA au CHU de Toulouse
- L'HAD du CH Gérard Marchant
- Le CTB du CHU de Toulouse
- La clinique Chaurand du CH Gérard Marchant
- Le CMP secteur 7 du CHU de Toulouse.

Je tiens à tous vous remercier chaleureusement de toute la bienveillance que vous m'avez portée. Merci de m'avoir accompagné et formé. Merci pour les rires et les sourires. J'espère vous revoir très prochainement.

Je tiens à remercier mes parents de m'avoir soutenu dans les études et de m'avoir donné les moyens de faire médecine. Merci à FX pour les soirées passées ensemble, merci à Alex pour ta bienveillance et merci à Vaness d'être porteuse d'inspiration. Merci à Romain pour les bons tuyaux. Merci à Martin et Timothée d'être si mignons ! Merci à mes beaux-parents pour les parties de jeux endiablées, les randonnées et les semaines méditerranéennes. A mes grands-parents, mon grand oncle et ma grande tante, qui, je l'espère, auraient été fiers.

Je tiens à remercier les internes de ma promo pour toutes les soirées passées ensemble. Merci pour ces voyages à travers la France et au-delà. Merci tout particulièrement à Jean d'être aussi déjanté, merci à Raphaël de jouer la force tranquille, merci à Vincent d'avoir exploré le "Continent" ensemble. Merci aux triplettes Millavoises pour les randonnées et votre gentillesse. Merci à ceux qui nous ont aidés, Isabelle et moi, dans les travaux de notre appartement, parfois intensément. Merci à nos anciens voisins d'avoir supporté notre chat et leurs propriétaires. Merci à la troupe de la Bulle carrée pour les impros hilarantes. Merci à la bande ludique parisienne pour toutes ces soirées jeux de société, les rires et la complicité, ces amitiés traversent le temps et l'espace. Merci enfin à Simon et Marine pour les nombreuses énigmes résolues après quinze ans d'amitié maintenue malgré la distance. Merci à Paul, mon plus vieil ami, pour tous les bons moments partagés autour d'un clavier.

Merci à toi, Isabelle. Merci d'avoir pris le temps (oui c'était long) de relire ma thèse. Merci de m'avoir soutenu et accompagné tout au long de ces années. Merci pour tout le bonheur que tu m'as donné depuis bientôt sept ans. Pendant que je porte le sourire que tu m'as donné, tu portes le signe de notre amour. Le futur nous appartient.

Enfin, je tiens à remercier chaleureusement tous ceux qui m'ont soutenu de quelque manière que ce soit et qui ont contribué à l'accomplissement de ce cheminement.

# **Table des matières**

<b>Liste des abréviations</b>	12
<b>Liste des annexes</b>	13
<b>Liste des illustrations</b>	13
<b>Introduction</b>	14
<b>Section I : Des jeux de société à la psychiatrie</b>	17
<b>A/ La place du jeu dans notre société</b>	17
1/ Classification des jeux	17
2/ Place éducationnelle et sociale des jeux	18
<b>B/ La place du jeu en psychiatrie</b>	19
1) L'histoire des jeux dans les institutions psychiatriques	19
2) Le jeu vu par les psychanalystes	20
3) Le jeu comme thérapie de médiation	23
4) Ateliers, activités, et ergothérapie	25
<b>C/ Des jeux de société grand public dans le soin psychique adulte</b>	28
1) Les jeux de société grand public comme remédiation cognitive	28
a) Le jeu d'Échecs	29
b) Le jeu de Go	31
c) Mah-jong	32
d) Le Ska	33
e) Le Bridge	34
f) Dixit	34
g) Les jeux de société en général	35
2) Les jeux de société grand public sur la symptomatologie psychiatrique adulte	37
3) Les jeux de société grand public comme outils dans les thérapies systémiques	39
4) La psychiatrie dans les jeux de société grand public	40
<b>D/ La création de jeux de société pour la psychiatrie adulte</b> Erreur ! Signet non défini.	
1) Le jeu dans les thérapies cognitivo-comportementales	43
a) Michael's game	43
b) Pick-Klop	44
2) Le jeu dans les thérapies systémiques	46
3) Le jeu à visée éducationnelle	47
a) Jeux destinés aux patients	47
i) Allo'Caz	47
ii) Quand le gant de toilette reste sec	47
b) Jeu destiné à la population générale	47
c) Jeux destinés aux professionnels de santé	48
i) Trivia-psychotica	48
ii) Entraide & MOI	48
4) Le jeu comme stimulation de la cognition sociale	49
a) Compétence	49
b) Feelinks (Feelings)	50
c) Le qu'en dit-on ?	51
	10

d) El tren	51
<b>Section 2 : Etat des lieux de l'utilisation des jeux de société dans les structures de soins à temps partiel des patients de psychiatrie adulte en Haute Garonne</b>	56
A/ Introduction	56
B/ Matériel et Méthodologie	57
C/ Résultats	58
1) Information sur les structures et les répondants	58
2) Jeux présents dans les structures	60
3) Cadre de l'utilisation des jeux de société	61
4) Utilisation des jeux de société dans le cadre d'un atelier thérapeutique	62
a) Cadre thérapeutique	62
b) Les patients	62
c) Les soignants	63
d) Temporalité	64
e) Choix des jeux	65
f) Evaluation et efficacité	66
5) Utilisation des jeux pendant des temps informels	67
6) Réflexions induites par le questionnaire	71
D/ Discussion	72
1) Résumé des résultats	72
2) Critique de la méthode	72
3) Discussion des résultats	73
4) Ouverture et perspectives	74
<b>Section 3 : Protocole de mise en place d'un atelier de ludothérapie</b>	77
A/ Cadre de l'atelier	78
B/ Objectif thérapeutique	79
C/ Temporalité	80
D/ Lieu	80
E/ Soignants	80
F/ Patients	82
G/ Choix des jeux	83
H/ Catalogue de jeux adaptés aux patients psychiatriques	83
I/ Organisation d'un cycle	85
J/ Organisation d'une séance	86
<b>Conclusion</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
<b>Annexes</b>	96

# **Liste des abréviations**

C2RPS : Centre Recours en Réhabilitation Psychosociale

CATTP : Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel

CH : Centre Hospitalier

CHGM : Centre Hospitalier Gérard Marchant

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CPC : Centre Post Crise

HDJ : Hôpital(aux) De Jour

IC : Indice de confiance

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MADS : Maudsley Assessment of Delusions Schedule

MMSE : Mini-Mental State Examination

PDI-21 : Peters Delusion Inventory

TCC : Thérapie Comportementale et Cognitive

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

TDAH : Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

# **Liste des annexes**

Annexe 1 : Questionnaire

Annexe 2 : Liste des structures enquêtées

# **Liste des illustrations**

Figure 1 : Affiliation des structures incluses

Figure 2 : Types des structures incluses

Figure 3 : Affiliation des structures répondantes

Figure 4 : Types des structures répondantes

Figure 5 : Types d'évaluation à l'entrée

Figure 6 : Métiers des répondants

Figure 7 : Types de jeux présents dans les structures

Figure 8 : Jeux grand public utilisés dans les structures

Figure 9 : Cadre de l'utilisation des jeux de société dans les structures

Figure 10 : Types d'admission des patients dans l'atelier

Figure 11 : Observation dans le dossier du patient après chaque atelier

Figure 12 : Pathologie des patients dans l'atelier

Figure 13 : Nombre de soignants présents pendant l'atelier

Figure 14 : Types de soignants présents pendant l'atelier

Figure 15 : Rôle des différents soignants pendant l'atelier

Figure 16 : Fréquence des ateliers

Figure 17 : Intérêt non spécifique des jeux utilisés pendant un atelier

Figure 18 : Amélioration subjective des patients du aux jeux de société

Figure 19 : Amélioration clinique des patients grâce aux jeux de société

Figure 20 : Présence des soignants sur les temps informels

Figure 21 : Nombre de soignants présents en moyenne

Figure 22 : Profession des soignants présents sur les temps informels de jeu

Figure 23 : Rôle des différents soignants lors des temps informels

Figure 24 : Choix des jeux sur des temps informels

Figure 25 : Intérêt des jeux joués sur des temps informels

Figure 26 : Objectifs de l'utilisation des jeux de société sur des temps informels

# Introduction

A l'heure du tout numérique, les jeux de société restent d'actualité et sont même en plein essor, avec 1200 nouveautés sorties en France en 2018, contre 500 en 2010. Selon le spécialiste des études de marché NPD Group, plus de 27,8 millions de jeux de société se sont vendus en 2019 en France, représentant un chiffre d'affaires estimé à 578 millions d'euros (+10 % par rapport à 2018)<sup>1</sup>. La France occupe ainsi la place de leader européen du jeu de société, suivie de l'Allemagne avec 470 millions de chiffre d'affaire puis du Royaume-Uni avec 400 millions de chiffre d'affaire. A titre de comparaison, les chiffres d'affaire du livre et du DVD et Blu-ray en 2018 ont enregistré respectivement une baisse de 4,38%<sup>2</sup> et de 16,4%<sup>3</sup> par rapport à 2017. Autre phénomène notoire, les adultes français sont de plus en plus nombreux à acheter des jeux de société pour eux-mêmes. Ainsi, plus de 3,7 millions de boîtes de jeux destinés aux adultes ont été vendues en 2018 en France, ce qui constitue une hausse de 30 % par rapport à 2017<sup>4</sup>. Le monde du jeu de société est orienté vers le grand public depuis de nombreuses années et propose des prix, tels que « l'As d'Or » (dont le premier date de 1988) et le « Spiel des Jahres » (Jeu de l'Année, dont le premier date de 1978), qui ont été mis en place pour récompenser les meilleures nouveautés. Des Festivals à destination des joueurs novices ou aguerris sont également organisés tout au long de l'année dans l'ensemble de la France, comme « l'Alchimie du Jeu » à Toulouse, « Paris est Ludique » à Paris, ou encore « le Festival International des Jeux » à Cannes, pour ne citer qu'eux. Ils attirent chacun plusieurs dizaines de milliers de visiteurs qui viennent pour jouer. Dans ce secteur très dynamique, un jeu de société intéresse particulièrement l'entreprise Deepmind. Cette entreprise est connue pour avoir battu Kasparov aux échecs en 1997<sup>5</sup>, les meilleurs joueurs mondiaux de Go en 2015 et 2016<sup>6</sup>, et enfin, des joueurs professionnels de Starcraft, jeu vidéo de stratégie en temps réel, en 2018<sup>7</sup>. Deepmind s'attaque aujourd'hui au jeu de société français Hanabi<sup>8</sup>, avec pour objectif d'informatiser une théorie de l'esprit. Ce jeu coopératif, à informations incomplètes et à communication limitée, est le nouveau défi pour cette entreprise qui tente de doter les machines d'une Intelligence Artificielle (IA) performante, et ainsi de comprendre le fonctionnement du cerveau humain.

Ainsi, nous constatons que les jeux de société sont bien présents dans le monde actuel, pourtant leur origine est très ancienne. En effet, nous retrouvons leur trace dans de nombreuses civilisations, les plus anciennes datant d'environ cinq mille ans. Dans la civilisation romaine, nous notons notamment la présence de l'ancêtre du backgammon, auparavant appelé le Jeu des Douze Points ; dans la civilisation égyptienne, nous pouvons noter le Jeu du chien et du chacal, qui s'apparenterait aujourd'hui grossièrement au Jeu de l'Oie, ainsi que le Mehen (jeu du serpent) ou le Senet, dont les règles n'ont malheureusement pas survécu au temps. Parmi les jeux de société les plus anciens et encore populaires aujourd'hui, nous pouvons citer les jeux d'osselets et de dés, retrouvés dans plusieurs civilisations, ou encore le jeu de Go, venu d'Asie.

Le jeu de société peut être facilement défini. Il est considéré comme étant un jeu que l'on pratique à plusieurs. C'est une activité de loisir et de divertissement

appréciée tant des adultes que des enfants. Il est régi par des règles qui en délimitent les moyens, les contraintes, et les objectifs pour jouer et remporter une partie. Le type de matériel caractéristique du jeu de société peut être des cartes, des pions, des tuiles, des figurines, voir même des écrans. Le terme « jeu de société » est français ; de l'autre côté de la Manche, les Anglais utilisent le terme « board game » ou « card game ». Ils n'ont pas, comme nous, un terme unique pour mettre en avant l'aspect social de ces jeux. Le monde du jeu de société fait parfois la distinction entre jeux classiques et jeux modernes. Les jeux classiques comme le Monopoly, le Scrabble, le Cluedo, le Trivial Poursuit, ou les Échecs, existent depuis plusieurs décennies et sont encore aujourd'hui vendus massivement. Les jeux créés depuis les années 2000, dit « modernes », représentent plusieurs milliers de jeux que l'on peut considérer comme étant davantage au goût du jour.

Si la définition première du jeu de société est simple, elle ne présente pas de limites claires entre les différents familles qui le composent. En effet, il peut exister un recouvrement entre les jeux de société et les jeux d'argent comme avec le poker, le blackjack, ou la roulette. De même, les sports peuvent être considérés comme des jeux de société. Il existe en outre des jeux de société qui utilisent des écrans, et qui, en cela, s'apparentent au jeu vidéo. Ces derniers ont recours aux smartphones comme outils tout en maintenant l'objet d'attention principal autour de la table (par exemple, les jeux Unlock<sup>9</sup>, Le monde De Yoho<sup>10</sup>). Dans un autre registre, le jeu de rôle sur table appartient aux jeux de société mais pas les jeux de rôle grandeur nature ou les jeux de rôle dans les jeux vidéo. Il existe donc des entrecroisements entre les différents univers du jeu.

Pourtant, tous les types de jeux ne sont pas appropriés à l'objet de notre étude. Les jeux d'argent tels qu'utilisés dans les casinos sont connus pour être addictifs et nécessitent une mise en jeu d'argent réel, ce qui semble délétère pour des patients souffrant de pathologies psychiatriques souvent en difficulté financière. Les jeux vidéos, les jeux de rôle et les sports ont quant à eux un fonctionnement assez éloigné des jeux de plateau et de cartes. C'est pourquoi, dans un souci de cohérence et d'homogénéité de notre propos, nous excluons de la définition des jeux de société, les jeux vidéos, les jeux de rôle, les jeux d'argent réel, et les sports.

Le jeu de société, bien qu'ancien, perdure encore aujourd'hui et s'impose de plus en plus dans les foyers, et ce, malgré les bouleversements technologiques de ces dernières décennies. En effet, les jeux de société sont en plein essor, alors qu'on pensait qu'ils allaient disparaître avec l'arrivée des jeux vidéos et des écrans. Cet essor se retrouve tant dans la société, que dans l'enseignement ou encore dans les institutions psychiatriques. Chez l'enfant, les jeux de société sont utilisés et reconnus depuis de nombreuses années, l'utilisation des écrans devant être limitée au maximum. Ce n'est que plus récemment que les jeux de société sont apparus en psychiatrie adulte. Cette dynamique a vraisemblablement été initiée par des soignants qui sont aujourd'hui plus intéressés par les jeux de société et par leur intérêt dans la prise en charge des patients. En effet, il existe un tel nombre de jeux qu'il n'est pas exclu que certains puissent avoir des effets bénéfiques variés chez l'adulte ayant un trouble psychiatrique. Pourtant, leur intérêt en psychiatrie adulte semble rarement avoir été étudié. En effet, il n'existe aucune revue de littérature sur

l'apport des jeux de société en psychiatrie adulte, et aucune étude ne recense l'utilisation des jeux dans les services psychiatriques, et plus précisément dans les structures de soins à temps partiel, lieux de prédilection de l'utilisation des médias.

Dans ce contexte, nous pouvons nous questionner sur l'intérêt des jeux de société en tant que média en psychiatrie. Les jeux de société ont-ils des effets thérapeutiques chez l'adulte ayant des symptômes psychiatriques ? Les jeux de société sont-ils utilisés dans les structures de soins à temps partiel, et de quelle manière ? Est-il possible de théoriser la mise en place d'un atelier thérapeutique de jeux de société ?

Pour tenter de répondre à ces questions, nous verrons dans un premier temps la place du jeu dans la société et son introduction dans le monde de la psychiatrie, avant de nous pencher sur la littérature décrivant l'efficacité du jeu de société en psychiatrie adulte. Dans un deuxième temps, nous évaluerons, à travers un questionnaire, la place et l'utilisation des jeux de société dans les structures de soins à temps partiel en Haute Garonne. Enfin, dans un troisième temps, nous tenterons d'élaborer un protocole de ludothérapie en psychiatrie adulte.

# Section I : Des jeux de société à la psychiatrie

Concernant la méthodologie, les articles ont été recherchés dans différentes bases de données telles que PubMed, Psychinfo, CAIRN, Santépsy, LISSA, Thèse.fr, Science direct, Sudoc. Malheureusement, le terme jeu de société n'a pas de MESH spécifique sur Hetop. La traduction jeu de société en anglais peut être *board game* ou *card game*. C'est pourquoi les mots clés étaient en français : (« jeu de société » ou « jeux de société ») et (« psychiatrie » ou « cognition »). En anglais, ils étaient : (« card game » OR « card games » OR « board game » OR « board games ») AND (« psychiatry ») OR (« cognitive »). Des recherches spécifiques sur les jeux d'échecs, le Go, et le Mah-Jong associé au terme « cognition » ont permis d'étoffer ce travail de recherche. Certains articles de la revue Santé mentale ont permis de compléter la bibliographie. La site PIPSa a permis de trouver trois jeux de société supplémentaires. Nous avons également intégré dans ce travail de la littérature non publiée, souvent en lien à des initiatives locales ou départementales françaises.

## A/ La place du jeu dans notre société

### 1/ Classification des jeux

Le jeu a été classifié de nombreuses fois chez l'enfant, tant d'un point de vue social, cognitif, que développemental<sup>11</sup>.

- Erickson le définit selon le degré de socialisation. D'abord dans l'autosphère, à savoir les sensations corporelles propres, puis la microsphère qui correspond à l'environnement proche de l'enfant et enfin la macrosphère sociale.
- Piaget, quant à lui, définit le jeu selon sa structure en lien à l'évolution des processus cognitifs du bébé puis de l'enfant. Il définit ainsi les jeux d'exercice, de la naissance à l'âge de 2 ans, stimulant les aspects sensorimoteurs, puis les jeux symboliques jusqu'à 7 à 8 ans, et enfin les jeux de règles qui seront de plus en plus présents au fur et à mesure que l'enfant grandit.
- Millar, dans une perspective développementale, distingue à la phase sensorimotrice de Piaget, les jeux d'exploration, où soit l'objet soit l'expérience sont nouveaux, les jeux de manipulation où l'objet est connu, les jeux d'exercice où l'enfant essaye tout ce qui est possible avec le même objet, et enfin les jeux répétitifs dont le rôle est d'enregistrer l'expérience.

Selon ces trois classifications, nous observons que les jeux sont directement reliés au développement psychique de l'enfant. A chaque âge, ils utilisent les jeux différemment pour se développer harmonieusement. C'est pourquoi l'utilisation des jeux a souvent été attribuée aux enfants ; l'adulte ne doit pas jouer car le jeu est enfantin. Pourtant comme nous le verrons par la suite, le jeu, et notamment le jeu de société a toute sa place chez l'adulte et peut lui être très bénéfique.

En 1958, Roger Caillois s'essaye à une classification générale des jeux dans *Les jeux et les hommes : Le masque et le vertige*<sup>12</sup>. Il propose deux axes de réflexion. Le premier se base sur un facteur d'ordre allant du jeu d'improvisation libre (paidia) au jeu réglé et rigoureux (ludus). Ce concept se rapproche de l'opposition « play » et « game » de Winnicott que nous définirons plus loin dans cette thèse. Le deuxième axe définit quatre composantes fondamentales pour le jeu. Le premier fondement est la compétition (*agôn*) dans lequel l'auteur inclut les compétitions sportives ou les échecs. Le deuxième est le hasard (*alea*) où il classe le jeu de dé ou le jeu de pari. Le troisième est le simulacre (*mimicry*), ce qui consiste à faire semblant, comme dans le théâtre ou dans les jeux de rôle. Enfin, le dernier fondement est le vertige (*ilinx*), il parle alors de jeu qui donne le « tournis » comme ceux que l'on retrouve dans les fêtes foraines, les balançoires, ou bien le ski. Un jeu peut, selon lui, s'inscrire dans l'un ou plusieurs de ces fondements mais il existe des composantes qui s'associent mieux entre elles, comme les conjonctions fondamentales *agôn* et *aléa*, ou *mimicry* et *ilinx*. Certaines conjonctions sont impossibles à associer (*agôn* et *ilinx*).

Le jeu de société ne déroge pas à cette règle puisqu'il peut être classifié dans plusieurs de ces catégories. Il est fréquent que des éditeurs organisent des tournois de leurs jeux ; nous pouvons y voir la composante « *agôn* ». Le tirage de carte, de tuile ou le lancement de dés s'inscrit dans la composante « *aléa* ». Dans certains jeux de société nous pouvons incarner un personnage ou un rôle, ce qui se rapporte au « *mimicry* ». Concernant l'« *ilinx* », il peut être retrouvé dans les jeux de rapidité et d'observation.

Ainsi, si les auteurs ont tenté de classifier les jeux, il s'agissait pour eux de permettre de dégager un sens et un but à leur utilisation. La classification a permis de leur reconnaître deux intérêts majeurs, l'un éducationnel, l'autre social.

## 2/ Place éducationnelle et sociale des jeux

Le jeu et l'éducation sont intrinsèquement liés. Le jeu est largement utilisé comme outil éducatif dans le but de faire apprendre. De nombreuses recherches ont démontré la fonction éducative du jeu. Son utilisation dans l'enfance est majeure et il est présent depuis longtemps dans les écoles maternelles, les centres aérés et les centres de vacances. Dans les années 1960, l'école a massivement investi dans le ludique comme outil pédagogique et éducatif<sup>13</sup>. Nous pouvons noter que l'origine même du mot école introduit le jeu dans son enceinte. En effet, ce dernier est issu du latin *schola* dont le sens premier provient du mot grec *skholé* qui signifie « loisir consacré à l'étude ». Pour Sautot, le jeu a trois finalités à l'école : le développement affectif et relationnel, le développement cognitif et enfin, l'accès à la culture<sup>13</sup>. Le jeu à l'école doit donc répondre à des objectifs pédagogiques clairs et ne pas relever d'une simple activité purement ludique.

C'est pourquoi des jeux ont été créés dans un but éducatif. On les nomme communément Serious Games, ou jeux sérieux. Ce sont des jeux qui combinent une intention « sérieuse » et des ressorts ludiques. Les intentions « sérieuses »

dépassent le contexte éducatif et peuvent être pédagogiques, informatives, communicationnelles, marketing, idéologiques. Quand il s'agit d'intentions éducatives, on peut spécifiquement parler de « ludo-éducation ». Ces jeux sont souvent présents dans les structures éducatives sous forme de jeux vidéos ou de jeux de société éducatifs. L'équilibre entre le versant ludique et le versant éducatif est primordial pour que le jeu soit efficace. Il doit intéresser le joueur tout en transmettant son message éducatif<sup>14</sup>. En jouant et en s'amusant l'enfant va apprendre sans s'en rendre compte. Le jeu est alors un facilitateur d'apprentissage. De plus, il permet à l'élève en difficulté d'être moins stressé par l'échec du fait de l'absence d'emprise sur le réel. L'enfant peut ainsi tenter sans se mettre trop en danger. Dans ce cadre, le jeu crée un climat propice à l'apprentissage, le joueur peut se tromper et en rire, ce qui favorise la réflexion et la mémorisation.

L'utilisation des Serious Games est également très importante dans le monde de la santé. Nous pouvons citer comme exemple le jeu vidéo Bipolife utilisé en psychiatrie<sup>15</sup>. Ce jeu vidéo permet à un patient d'incarner une personne atteinte de bipolarité dans les situations de sa vie quotidienne. Ainsi, le patient-joueur apprend et comprend les causes et les conséquences des phases dépressives et maniaques. En jouant et en expérimentant, il comprend que son hygiène de vie, sa prise de médicament, et son quotidien influencent directement son humeur. Le jeu permet ainsi d'améliorer l'éducation thérapeutique. Les tenants et les aboutissants de la maladie sont mieux compris et l'observance thérapeutique est améliorée.

Au-delà de la dimension éducative de certains jeux, ces derniers ont une dimension sociale majeure. Comme le dit Ludovic Gaussot, docteur en sociologie, dans l'article *La réalité sociale en tant que jeu*<sup>16</sup>, le jeu « participe à la construction et à l'expérimentation de la réalité tant psychique que sociale ». Ainsi, la réalité sociale par le jeu se construit selon trois axes. Le premier est la construction de la réalité sociale de manière subjective, par l'identité et la définition de soi. Le deuxième est la construction de manière objective, par la compréhension des rôles, des statuts, des normes et des lois. Enfin, le troisième est la construction de la réalité sociale par le jeu de manière intersubjective, par l'interaction et l'échange régis par des règles et des normes.

En somme, chez les enfants, le jeu est aujourd'hui reconnu comme étant un outil pédagogique qui permet la construction sociale. Par contre, son intérêt chez les patients de psychiatrie, a été reconnu progressivement. En retraçant l'histoire nous pouvons retrouver son introduction dans les institutions psychiatriques.

## B/ La place du jeu en psychiatrie

### 1) L'histoire des jeux dans les institutions psychiatriques

Dans les institutions psychiatriques adultes, l'utilisation du jeu s'est installée depuis de nombreuses années. En effet, on retrouve dans l'histoire de la psychiatrie la trace de l'utilisation du jeu dans les asiles, à visée occupationnelle dans un

premier temps. C'est entre le milieu et la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, que l'utilisation des jeux est intégré au règlement intérieur de l'hôpital Sainte-Anne à Paris<sup>17</sup>. A cette époque, il était recommandé d'occuper et de distraire les aliénés pour « faire diversion au délire ». Les jeux étaient utilisés à cet effet et étaient inclus dans un système de récompenses et de punitions, au même titre que la lecture à haute voix ou les exercices de musique.

A partir de la deuxième moitié du XX<sup>ème</sup> siècle, le jeu, puis le jeu de société, se sont encore davantage développés grâce à l'instauration des thérapies dites occupationnelles, aussi nommées ergothérapie<sup>18</sup>. Les médias comme la musique, l'art, ou les jeux se sont progressivement invités dans les institutions psychiatriques. Cette tendance a été induite par l'apparition des premiers neuroleptiques, et à l'apaisement subséquent des malades les plus graves et de leur symptomatologie. En effet, l'amélioration des patients dans les pavillons a fait éclater au grand jour la misère de leur condition de vie. A cette époque, l'hôpital n'était pas un lieu pour vivre et les conditions hôtelières étaient inexistantes. Selon le psychiatre Tosquelles, « les hôpitaux psychiatriques sont des camps de concentration mal organisés »<sup>18</sup>. Face à l'ennui omniprésent, il devenait indispensable d'occuper les patients. Les ateliers d'ergothérapie ont été créés dans ce but. Au départ, ces ateliers étaient directement en lien avec le travail, sens même du mot *ergo*, et l'objectif était bien plus la productivité que la thérapie. Mais ces ateliers ont évolué petit à petit. Les soignants ont progressivement reconnu la nécessité de resocialisation des patients, qui doivent être préparés à la vie à l'extérieur. Ces ateliers de travail sont devenus des ateliers à visée artistique et créative, avec la mise en place d'ateliers d'expression. Ils permettaient de les soulager, de les soutenir, et de les accompagner, dans le but d'aider les patients à entreprendre des changements intérieurs et de reprendre confiance en eux. Ainsi, ces ateliers d'expression, même s'ils s'intégraient dans les thérapies dites occupationnelles, n'avaient plus comme unique objectif d'occuper les patients, mais aussi de les soigner.

Au final, les ateliers occupationnels ont été instaurés dans les institutions psychiatriques au XX<sup>ème</sup> siècle. Dans la même période, la question de l'intérêt des jeux à visée thérapeutique a été développé par les psychanalystes, d'abord chez l'enfant puis chez l'adulte.

## 2) Le jeu vu par les psychanalystes

Dès la première moitié du XX<sup>ème</sup> siècle, les psychanalystes se sont intéressés de près au jeu et à l'enfance. Ils ont cherché à théoriser le jeu des enfants afin de permettre d'en comprendre le fondement, et le but. Par le jeu, ils ont essayé de comprendre l'approche psychodynamique de l'enfant.

Dans *Au-delà du principe de plaisir*, Freud s'est intéressé de près au jeu chez l'enfant, en tentant de théoriser le jeu de son neveu, Ernst<sup>19</sup>. Son premier jeu était de lancer inlassablement tous les petits objets à sa portée. Freud attribua cela à l'absence de sa mère. Par le jeu, son neveu symbolisait sa mère par des petits objets, et en les jetant, il devenait acteur. Il ne subissait plus passivement

l'expérience désagréable, car pendant le jeu, il maîtrisait activement l'absence de sa mère. Le plaisir et le déplaisir, l'amour et la haine étaient mis au travail. Dans un deuxième temps, Ernst complexifia le jeu. Il jouait répétitivement avec une bobine tenue à son lit par un fil et vocalisait des « ooo » quand il la jetait par dessus la barrière du lit, où elle disparaissait, et des « aaa » quand il la faisait apparaître. Freud a attribué les « ooo » comme étant le mot allemand « Fort », « parti » en français et les « aaa » comme étant le mot « Da », « ici » en français. Freud a pu ainsi décrire le « Fort-Da », le *jeu de la bobine*. Ce jeu permettait la réactualisation de l'expérience du départ et du retour de sa mère. Par le jeu, l'enfant permet au principe de réalité de s'établir.

Freud s'est également intéressé au jeu chez l'adulte, comme le rapporte Steven Wainrib dans *Là où Ça joue*<sup>20</sup>. L'adulte cherche aussi à assimiler le principe de réalité, et à créer une limite entre le dedans et le dehors. Freud évoque la présence du jeu dans la culture et l'art, et même dans la religion. Il voit notamment la « religion comme un jeu collectif dans lequel la perte de l'omnipotence infantile se trouve compensée par la toute-puissance de Dieu »<sup>20</sup>. La mort se trouve contournée par le jeu, les fidèles la transforment en porte d'entrée au paradis.

Pour Freud, « l'origine du jeu tient en effet à l'échec de la satisfaction hallucinatoire du désir »<sup>20</sup>. Il explique que, lors de l'instauration du principe de réalité, un clivage se crée entre « la tendance à représenter la réalité » et une « sorte d'activité de pensée qui demeure libre à l'égard de l'examen de la réalité et soumise seulement au principe de plaisir ». Ainsi, Freud situait le jeu tant dans le principe de plaisir, que dans l'épreuve de réalité.

Le jeu s'invite plus tard dans les séances de psychanalyse comme une technique nouvelle. Mélanie Klein explique que « les jeux des enfants tirent leur origine dans des images internes, et les processus de clivage et de projection impliqués dans le jeu servent de défense contre l'angoisse. »<sup>21</sup>. L'enfant projette son conflit interne sur les objets externes et manipulés, donnant accès à son monde intérieur. En transférant sur des objets autres que des êtres humains, ses fantasmes, ses angoisses et sa culpabilité, l'enfant éprouve un soulagement considérable en jouant<sup>22</sup>. C'est l'un des facteurs qui rend le jeu si indispensable pour lui.

De l'autre côté, par le jeu, le thérapeute accède et comprend les fantasmes, les angoisses et les défenses de la toute petite enfance. Grâce à la technique du jeu en séance, il devient ainsi possible d'analyser les phases précoces du développement psychodynamique de l'enfant. C'est pourquoi, Mélanie Klein considère le jeu comme l'équivalent du rêve chez l'adulte. Le jeu lors des séances avec l'enfant, rassemble les conditions de la libre association de la cure pour adulte telle que Sigmund Freud l'avait codifiée. La différence essentielle réside dans le fait que, plutôt que de « parler à propos » de certaines choses, comme dans la cure d'adulte, il s'agit de « faire quelque chose » avec l'enfant pour enclencher une séquence : jeu-interprétation-réaction.

Pour sa part, Winnicott va au-delà du symbolisme du jeu tel que théorisé par Freud, ou de son utilisation comme moyen thérapeutique tel que décrit par Mélanie Klein. Selon lui, le jeu et le jouer (*playing*) doivent être considérés non seulement en

tant que contenus, mais aussi en tant que contenant. Le fait de jouer permet à l'enfant la création d'un espace transitionnel qui a pour fonction l'acceptation de la réalité. Dans *Jeu et Réalité : l'espace potentiel*, Winnicott explique que le *playing* encourage le développement d'une aire potentielle chez l'enfant qui ne correspond ni à sa réalité, ni à une réalité extérieure<sup>23</sup>. L'espace intermédiaire, transitionnel est situé à l'origine entre la mère et le bébé. C'est un espace potentiel où le jeu et la culture adviennent, permettant la rencontre et l'investissement à l'autre.

Par la suite, quand l'enfant grandit, il y a une perte du *play* au profit du *game*. Les phénomènes transitionnels changent de nature, ils quittent le terrain du jeu libre, pour celui des jeux avec des règles. Winnicott explique qu'il faut considérer les jeux (*games*), avec ce qu'ils comportent d'organisé, comme une manière de tenir à distance l'aspect effrayant du jeu (*play*), dépourvu de normes. Les règles du *game* constituent des protections contre l'angoisse.

Plus tard, chez l'adulte, le jouer (*playing*) et le jeu (*play*) agissent en tant que médiateurs et encouragent, tout comme chez l'enfant, la création d'un espace transitionnel permettant d'introjecter la séparation, de construire la personnalité, l'autonomie et d'accéder à la culture<sup>23</sup>. Bien que le jeu soit plus difficile d'accès pour les adultes privés de cette aire transitionnelle, il demeure efficace dans la prise en charge thérapeutique.

D'après Winnicott, les jeux de société font partie des « *games* », et sont utiles pour poser les bases d'une relation thérapeutique. C'est pour cette raison qu'il avait mis en place dans ses entretiens le *Squiggle Game*<sup>24</sup>, un jeu où l'enfant et le thérapeute « gribouillent » à tour de rôle. Le premier gribouillage se fait les yeux fermés, en laissant aller le crayon sur la feuille. Une fois le premier gribouillis réalisé, l'autre poursuit selon ce que la trace lui évoque, et ainsi de suite, jusqu'à construire un objet issu de la rencontre des aires intermédiaires du thérapeute et de l'enfant. Loin de qualifier le *Squiggle* de recette miracle, Winnicott le dépeint toutefois comme un moyen efficace pour entrer en communication avec l'enfant, établir un lien, posant ainsi les bases de la thérapie. On voit ici les prémices des thérapies de médiation.

Selon Winnicott, « la psychothérapie se situe en ce lieu où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute. Il ajoute qu'en psychothérapie, on a affaire à deux personnes en train de jouer ensemble. Le corollaire sera donc que là où le jeu n'est pas possible, le travail du thérapeute vise à amener le patient d'un état où il n'est pas capable de jouer à un état où il est capable de le faire ». Si l'aire intermédiaire manque chez l'enfant, il est donc important de l'aider à jouer, afin de permettre le développement de cette dernière.

En 1980, le psychologue et psychanalyste René Roussillon confirme et généralise l'idée de Winnicott pendant le premier symposium européen à Auxerre consacré à la psychothérapie<sup>25</sup>. Des psychothérapeutes, de toutes écoles, y sont présents, et l'enjeu de la rencontre est de dégager un modèle de travail psychothérapeutique qui soit transversal aux différentes approches. René Roussillon propose le jeu comme modèle général de l'action psychothérapique. En effet, selon lui, les différentes formes de psychothérapie proposent différents types d'espaces et de processus de jeux, et donc différentes « scènes » pour jouer. C'est le jeu et le

type de jeu qu'elles impliquent qui est opérant. « Une autre des caractéristiques de la fonction symbolisante de l'espace thérapeutique, condition *sine qua non* de celui-ci, est la possibilité offerte de développer une forme de *play*, c'est-à-dire une forme de jeu *libre*, sans règle préétablie, préalable. C'est le paradoxe de la règle fondamentale de l'espace thérapeutique, il doit comporter un « objet », un médium, qui peut s'utiliser sans règle, c'est-à-dire librement, ce qui ne veut pas dire qu'il n'est pas encadré, c'est à cette condition qu'il est utilisable pour le transfert et la symbolisation de l'expérience réminiscente »<sup>25</sup>. L'intervention de René Roussillon lors du Symposium d'Auxerre témoigne de la reconnaissance du jeu comme médium dans les entretiens psychothérapeutiques. Il l'envisage dans une approche transversale des soins psycho-thérapeutiques, dépassant le monde de la psychanalyse.

Nous constatons que le jeu fait partie intégrante des psychothérapies, et en est même le point commun. Selon la psychanalyse, les jeux ont un rôle à jouer en tant qu'objet de médiation. En effet, le jeu semble permettre de comprendre le patient dans son approche psychodynamique, puisqu'il permet au thérapeute d'accéder au vécu intérieur de ce dernier. Les jeux sont aussi décrits comme thérapeutiques car ils soulagent les patients de leurs angoisses et leur donnent accès à la symbolisation. De fait, les jeux ont toute leur place dans les thérapies de médiation.

### 3) Le jeu comme thérapie de médiation

Dans un premier temps, il semble important de définir plus précisément le concept de média et son intérêt en psychiatrie.

Le terme média vient du verbe latin *mediare* qui signifie être au milieu. C'est au XVI<sup>ème</sup> siècle qu'il prend le sens actuel d'« entremise destinée à concilier les personnes »<sup>26</sup>. Les médias jouent le rôle de tiers et permettent la rencontre entre le soignant et le patient. Dans *Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiations*, R. Roussillon nous décrit l'intérêt des thérapies médiatiques<sup>27</sup>. Dans une relation duelle, le soignant a comme rôle de capter, d'attirer ce qui s'évacue chez le patient pour étayer le processus de symbolisation, ce qui peut le mettre en difficulté. De l'autre côté, le patient peut être terrorisé à l'idée de projeter ses angoisses sur le thérapeute. Par le média, cette double contrainte est détournée. Le média accueille et met en forme la « matière première psychique »<sup>27</sup>. Ce processus est le fondement du processus de « transfert », nous dit Roussillon. Il nécessite la mise en oeuvre de trois fonctions : la fonction phorique pour attirer, recueillir, contenir et « porter » ce qui est transféré, la fonction sémaphorique pour mettre en forme signifiante les éléments recueillis et la fonction métaphorique pour les mettre en sens et les rendre symbolisables et intégrables. Ainsi l'objet médiateur permet d'accueillir et de mettre en forme la matière psychique pour permettre une symbolisation.<sup>27</sup> « [II] sert d'interprète, de transformateur, de transmetteur, de symbolisation entre la réalité psychique et la réalité externe »<sup>26</sup>. De plus, par son effet phorique, le média a un rôle de contenant qui résiste au déploiement de la violence ou de la toute puissance<sup>28,29</sup>.

Selon Winnicott, le jeu doit être utilisé de manière adaptée pour qu'il soit efficace. Il doit être associé à deux éléments importants : une attitude thérapeutique de la part du soignant et l'utilisation de l'état d'esprit ludique. Si elles manquent, le jeu peut devenir une coquille vide, comme le décrit Dominique Friard dans l'article de la revue Santé mentale : *Le jeu, un espace de liberté et de soin*<sup>30</sup>. Ce dernier y évoque les parties de Scrabble dans un CATTP où aucune parole n'est échangée, sauf pour contester un mot ou son orthographe. L'infirmière ouvre ainsi le dictionnaire qui sert d'« arbitre des conflits inexistantes ». Quand personne n'introduit d'enjeu, d'intérêt, de but, quand il n'y a pas de créativité ni de liberté, « les mots trouvés ne sont que des combinaisons de lettres qui ne valent que par les points qu'elles rapportent. Le jeu est contraint, stéréotypé, et sans créativité. » Pour que le jeu, en tant que médium, soit thérapeutique, il faut un enjeu psychique, ou plutôt, que le psychique soit « mis en jeu ».

René Kaës, quant à lui, nous met en garde sur l'utilisation trop rigide du média<sup>31</sup>. Il affirme qu'« aucune médiation n'est productrice d'effet de croissance psychique si elle n'est pas d'abord présentée par un sujet à un autre sujet et alors seulement inventée - créée par l'un et par l'autre dans cet accompagnement mutuel ». Le média qui est « présenté » et « donné » pour l'utilisation, doit être « approprié » et « conquis » par l'utilisateur. Cette notion est reprise par B. Chouvier qui indique que « [le média] ne saurait s'imposer d'emblée de façon rigide et intangible »<sup>32</sup>. M. Milner introduit la notion de média malléable qui sera définie plus tard par R. Roussillon dans *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*<sup>26</sup>. Le thérapeute joue alors le rôle de garant du cadre mais doit pouvoir le faire évoluer pour permettre l'appropriation du média par ses utilisateurs et rendre possible le travail thérapeutique. Nous reviendrons sur cette idée ultérieurement.

Plusieurs auteurs ont tenté de classer les médias pour théoriser leurs utilisations. Dominique Quélin-Souligoux en distingue trois types à savoir l'objet concret (jouet, instrument de musique, jeux, papier,...), l'objet culturel (peinture, musique, conte) ou le jeu dramatique<sup>26</sup>. B. Chouvier, quant à lui, classe les médias en deux types : les médiations « déjà là » (conte et photo) qui constituent des « embrayeurs d'imaginaire » pour les patients qui ne supporteraient pas l'effet « page blanche », et les médiations à construire (dessin, peinture, collage) pour ceux qui ont la capacité de déployer plus directement leur créativité<sup>32</sup>. Bien que certains jeux de société fassent directement appel à la créativité, cette dernière s'exprime dans les limites des règles et du cadre posés par le jeu. Nous pouvons donc les situer dans les médiations concrètes, ou « déjà-là ».

Le jeu est donc une activité psychique qui a des conséquences sur les soins en psychiatrie. Introduire du jeu, c'est permettre un espace de liberté dans l'institution psychiatrique qui permet aux patients de sortir des contraintes du quotidien. Le patient est alors vu sous un angle nouveau puisqu'il n'est plus considéré que comme un ensemble de symptômes. C'est pourquoi l'intérêt des jeux de société en tant que média ne peut être remis en question. Aujourd'hui déjà, ces derniers sont implantés en psychiatrie de l'enfant et de l'adulte sous la forme d'ateliers ou d'activités à visée thérapeutique ou occupationnelle. Pourtant ces termes semblent souvent définis de

manière différente par les auteurs. C'est pourquoi il nous semble important de les définir pour permettre de poser les bases de la suite de ce travail.

#### 4) Ateliers, activités, et ergothérapie

Aujourd'hui, nous retrouvons en psychiatrie des ateliers et des activités utilisant un cadre plus ou moins défini, s'appuyant sur divers médias, comme l'art-thérapie, la musicothérapie, le bricolage, le théâtre, le chant, la lecture, l'écriture, l'expression corporelle ou encore le jeu de société. Tantôt appelés « activités », « ateliers », « thérapie de médiation », ou « ergothérapie », autant de concepts qui se recoupent mais qui ne se superposent pas. C'est pourquoi il convient de les définir et de les différencier. Notons que chaque structure a ses us et coutumes, et que les définir n'a pas pour but de les uniformiser.

Les ateliers et les activités sont largement présents dans les services intra-hospitaliers et surtout dans les services de soins à temps partiel. Sylvie Archambeau, différencie l'atelier de l'activité par sa périodicité et son cadre<sup>33</sup>. L'atelier se caractérise par une intention thérapeutique. En règle générale, les ateliers relèvent d'une continuité et d'une régularité, dans une démarche de projet de soin individualisé et formalisé. Ils sont structurés dans le temps et dans l'espace, les objectifs sont formalisés, les dispositifs sont précisés. Ils impliquent une approche théorique, des compétences spécifiques, et des échanges en équipe, voire des supervisions. Les ateliers sont prescrits dans le cadre d'une indication médicale, entraînant un engagement, tant du côté du patient que du côté du soignant.

Contrairement aux ateliers, Archambeau définit les activités comme faisant appel à des temps plus informels, parfois avec un caractère ponctuel<sup>33</sup>. Les activités ont une intention plutôt pédagogique, éducative ou d'accompagnement social et culturel. Elles peuvent se réaliser sur proposition du soignant ou à la demande d'un patient. Elles témoignent d'une souplesse de cadre, sans horaire ni lieu fixe. Les activités n'exigent pas d'être permanentes ni d'être régulières. Par conséquent, il n'y a pas d'engagement du patient ou du soignant. Elles ne requièrent pas de compétences particulières et ne contraignent pas le patient à être présent. Elles ont comme but de créer du sens dans le temps qui passe en offrant aux patients des temps différenciés pour rompre avec l'ennui. Ces occupations vont donner un but et une orientation au patient. Les activités sont parfois précurseurs d'ateliers qui se mettent en place dans un deuxième temps.

Sylvie Archambeau poursuit sa réflexion et nous explique que non seulement le cadre thérapeutique différencie l'atelier de l'activité mais qu'il différencie aussi les catégories d'atelier. En effet, ces différentes catégories d'atelier peuvent utiliser les mêmes médias mais ont une visée et des objectifs différents. Ainsi, un média n'est pas limité à une seule de ces trois catégories, c'est le cadre thérapeutique qui orientera la fonction du média. Selon les objectifs fixés, le cadre se trouvera donc modifié.

Sylvie Archambeau définit trois catégories d'atelier<sup>33</sup>. Selon elle, il existe des ateliers d'expression d'orientation thérapeutique, des ateliers d'expression ou de

création d'orientation artistique, et des ateliers sociothérapeutiques d'orientation éducative et pédagogique.

- Les ateliers d'expression d'orientation thérapeutique sont centrés sur la recherche d'une expression spontanée et libre. Le soignant sera dans une non directivité des contenus. L'objectif est la verbalisation des affects, de la réalité intérieure du patient.
- Les ateliers d'expression ou de création d'orientation artistique, quant à eux, sont centrés sur la production. Le médiateur sera travaillé dans un but esthétique, artistique, et les productions pourront être exposées.
- Enfin, l'atelier sociothérapeutique sera centré sur le projet de sortie et la réhabilitation psychosociale. L'objectif est d'améliorer l'autonomie. Il vise à renforcer les acquis et les apprentissages et travaille les cognitions. La visée première de ce dernier dispositif est plutôt artistique ou sociale, mais les effets seront thérapeutiques.

Les jeux de société s'intègrent dans cette dernière catégorie. Leur première visée est sociale mais leurs effets sont thérapeutiques et ont pour but une réhabilitation psychosociale.

Muriel Launois, Ergothérapeute et Responsable de l'enseignement des techniques d'ergothérapie en psychiatrie à l'IFE, ne fait, quant à elle, pas la distinction entre ateliers et activités<sup>34</sup>. Elle distingue plutôt activité et médiation, bien que ces notions puissent se recouper. En effet, les deux concepts s'apparentent à de l'ergothérapie, qui est centrée sur l'occupation humaine. Selon elle, il existe plusieurs catégories d'occupations : les activités dites productives qui sont liées au travail, celles dites de loisirs, et enfin celles qui concernent les soins personnels, l'hygiène de vie. La principale différence entre l'activité et la thérapie de médiation porte, selon Launois, sur l'effet attendu. L'activité a comme objectif un changement plutôt centré sur le comportement extérieur et visible, comme une manière de faire ou d'être. A l'inverse, les thérapies de médiation ont plutôt pour but un changement interne, plus en profondeur, comme un véritable soin psychique. Elles nécessitent un temps de parole à l'issue de la séance pour permettre l'élaboration psychique et la mentalisation. Ainsi, les médias se retrouvent aussi bien dans les activités que dans les ateliers ou thérapies de médiation. Mais tandis que les ateliers thérapeutiques sont indissociables du média qu'ils utilisent, l'activité n'utilise pas toujours un média.

En somme, nous comprenons que c'est le cadre thérapeutique qui permet de différencier l'activité de l'atelier. C'est également le cadre qui donne un sens et une visée thérapeutique au média utilisé, puisque chaque cadre défini pour un même média attribuera à ce dernier des objectifs différents. L'activité médiatique aura davantage comme objectif de développer ou d'améliorer un comportement, alors que l'atelier ou la thérapie de médiation aura pour but un changement psychique plus profond.

Souvent les termes « occupationnel » et « thérapeutique » sont mis en opposition. Cela n'a pas de sens en soi. Les patients atteints de psychose chronique sont souvent pris dans des symptômes négatifs entraînant un apragmatisme les

rendant difficilement mobilisables. La visée « occupationnelle » des activités ou des ateliers a alors une dimension thérapeutique en soi. La remise en marche de la pensée et de l'action est essentiel avant de permettre des ateliers plus orientés. Ainsi, l'ergothérapie est thérapeutique si elles comportent une démarche et un cadre thérapeutique adapté au patient et si elles sont réfléchies dans un projet de soin personnalisé.

Nous comprenons donc que les jeux de société en tant que média présentent de nombreux bienfaits dans la prise en charge d'adulte souffrant de pathologies psychiatriques. Pourtant, il convient d'en chercher un fondement scientifique. En effet, leur caractère thérapeutique est rarement remis en question en pédopsychiatrie, mais est davantage questionné en psychiatrie de l'adulte. C'est pourquoi, il nous semble essentiel d'en poser des bases théoriques solides. Ainsi, dans la suite de cette thèse nous étudierons la bibliographie montrant l'efficacité du jeu de société en psychiatrie adulte.

## C/ Des jeux de société grand public dans le soin psychique adulte

Les jeux de société grand public sont des jeux de société que l'on trouve dans les magasins généralistes, ou dans les boutiques spécialisées dans la vente de jeux de société. Ils s'opposent aux jeux de société spécialement créés pour la psychiatrie adulte, qui ne sont pas disponibles dans le commerce et qui ont un but spécifique et adapté aux patients souffrant de pathologies psychiatriques.

### 1) Les jeux de société grand public comme remédiation cognitive

Avant de décrire les jeux de société dans la remédiation cognitive, il convient de définir le concept de cette dernière. Tout d'abord développée pour les patients ayant eu un traumatisme cérébral, ce n'est que dans un second temps que la remédiation cognitive a été adaptée pour les patients ayant des troubles mentaux, par exemple pour les patients atteints de schizophrénie<sup>35</sup>. En effet, les troubles cognitifs touchent 80% des patients schizophrènes stabilisés bien qu'ils ne soient mentionnés que dans la partie descriptive du DSM 5<sup>36</sup>. Grâce au comité de recherche MATRICS (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia) un consensus sur la nature des troubles cognitifs de la schizophrénie a pu être établi. Huit fonctions cognitives principales ont été identifiées comme déficitaires dans la schizophrénie : la mémoire de travail, l'attention soutenue, la compréhension verbale, l'apprentissage et la mémoire verbale, l'apprentissage et la mémoire visuelle, le raisonnement et la résolution de problèmes, la vitesse de traitement, et la cognition sociale<sup>37</sup>. On définit la cognition sociale comme étant l'ensemble des processus cognitifs impliqués dans les interactions sociales<sup>38</sup>. Elle peut être définie par quatre composantes : la perception émotionnelle, la perception sociale, la théorie de l'esprit et le style attributionnel, à savoir comment associer des causes à des événements<sup>39</sup>. Pour stabiliser les patients atteints de schizophrénie, un traitement au long cours est souvent nécessaire. Il est de plusieurs types : un traitement médicamenteux, un suivi psychothérapeutique et des mesures sociales. Pourtant, les troubles cognitifs déficitaires chez ces patients sont peu améliorés par ces dispositifs<sup>40,41</sup>.

C'est pourquoi la remédiation cognitive s'est développée dans la prise en charge de la schizophrénie. Celle-ci ne remplace pas les traitements mentionnés ci-dessus, mais vient les compléter. Il est d'ailleurs important de noter qu'il est essentiel que le patient ne soit plus en crise pour pouvoir l'initier. La remédiation cognitive vise à améliorer les dysfonctionnements exécutifs, langagiers, mnésiques et attentionnels<sup>35</sup>. Les bilans neuropsychologiques permettent aujourd'hui de définir le profil cognitif de chaque patient, permettant une utilisation des programmes de remédiation cognitive plus adaptés à leurs difficultés. Cela se traduit par un entraînement direct des fonctions déficitaires ou par le développement et le renforcement de celles qui sont préservées, de manière à faire agir un mécanisme

de compensation. Il existe plusieurs programmes de remédiation cognitive en français. Les principaux sont l'IPT (Integrated Psychological Treatment) et l'INT (Integrated Neurocognitive Therapy), la CRT (Cognitive Remediation Therapy), REHA-COM (REHAbilitation COMPutérisée), et RECOS (Remédiation Cognitive pour patients présentant une Schizophrénie ou un trouble associé)<sup>40</sup>. Ces programmes peuvent être suivis en individuel ou en groupe, et sont structurés en modules. Ils sont parfois partiellement voire totalement informatisés.

Grâce à la plasticité cérébrale, un entraînement cognitif permet de restaurer la connectivité synaptique. En 2002, Wykes a pu démontrer qu'un programme de remédiation cognitive chez des patients atteints de schizophrénie permettait une augmentation significative de l'activation des régions associées à la mémoire de travail, dont le cortex frontal<sup>42</sup>. Plusieurs méta-analyses, dont celles de Wykes *et al.* (2011)<sup>43</sup> et de McGurk *et al.* (2007)<sup>41</sup>, démontrent une efficacité faible à modérée sur la cognition et le fonctionnement psychosocial. Elles constatent une amélioration des troubles cognitifs avec une taille d'effet de respectivement 0,45 (Indice de confiance, IC de 0,31 à 0,59) et de 0,41 (IC de 0,29 à 0,52). Concernant le fonctionnement psychosocial, l'efficacité des thérapies de remédiation est plus importante quand elles sont associées à un autre outil de réhabilitation psychosociale<sup>41</sup> ou intégrées à une réhabilitation psychosociale<sup>43</sup>. En psychiatrie, la réhabilitation psychosociale a pour objectif d'accompagner les personnes souffrant de troubles chroniques vers une insertion sociale ou professionnelle. Elle regroupe de nombreux outils comme la remédiation cognitive, l'éducation thérapeutique, l'entraînement des compétences sociales, les thérapies de médiation, l'ergothérapie, les thérapies comportementales et cognitives, les groupes de thérapies corporelles et de pleine conscience, et enfin, l'accompagnement vers la construction de projets professionnels et sociaux.

Les jeux de société semblent avoir un intérêt en remédiation cognitive. Dès l'antiquité, ils sont utilisés comme outils de stimulation de l'esprit. Soranos d'Ephèse, médecin grec du II<sup>ème</sup> siècle après J-C, recommandait de parler avec le malade de ses occupations ou de tout autre sujet susceptible de l'intéresser<sup>44</sup>, « [...], et si le malade à traiter ne s'intéress[ait] à rien de particulier, il faudra[it] lui poser des questions sur des sujets fort ordinaires ou bien le faire jouer à des jeux de pions. Car ces jeux ont quelque chose qui peut exercer l'esprit surtout si son partenaire est plus habile que lui ». Ainsi, nous pouvons nous demander si des études montrent l'efficacité des jeux en remédiation cognitive et si oui, quels jeux de société pourraient être utilisés et dans quel but cognitif.

### a) Le jeu d'Échecs

Le jeu d'Échecs a été employé très tôt dans le traitement des affections psychiatriques. Rhazès (852–932), maître d'Avicenne, recommandait les Échecs comme traitement pour la folie<sup>45</sup>. Bien plus tard, dans la deuxième moitié du XX<sup>ème</sup> siècle, les Échecs ont été utilisés dans les sciences cognitives pour comprendre les processus cognitifs basiques comme la mémoire, la résolution de problèmes ou la perception<sup>46</sup>.

Nous avons retrouvé plusieurs études portant sur l'intérêt des Échecs chez les patients souffrant de schizophrénie :

- Demily et Franck ont observé, dans une étude pilote, le rôle thérapeutique de la pratique du jeu d'Échecs sur certaines fonctions cognitives défaillantes. La pratique régulière de ce jeu par des patients souffrant de schizophrénie, à raison de 10 heures de jeu minimum en 3 mois, a permis d'améliorer significativement la planification de leur action évaluée par le Train Making Test Part B<sup>35,40</sup>.
- Dans une étude interventionnelle et randomisée, C. Cavezian *et al.* ont démontré une amélioration de la latence au test de la tour de Londres chez les patients atteints de schizophrénie, entraînés aux Échecs. Cela suggère une amélioration de la planification des patients joueurs<sup>47</sup>.
- Dans une autre étude interventionnelle, contrôlée, randomisée et ouverte, Demily *et al.* (2009) ont recherché les effets cognitifs de la pratique des échecs chez des patients atteints de schizophrénie<sup>48</sup>. Un bilan cognitif était effectué avant et après intervention. Concernant le Wisconsin Sorting Card Test avant intervention : les patients du groupe des Échecs faisaient significativement plus d'erreurs de persévérance que le groupe témoin. Cette différence n'était plus significativement présente après intervention. Le nombre de mots lus était significativement amélioré dans le test de Stroop A et C pour le groupe des Échecs, ce qui n'était pas le cas pour le groupe témoin. La latence retrouvée dans le post-test de la tour de Londres était significativement raccourcie dans le groupe des Échecs par rapport au groupe témoin. Les fonctions exécutives comme l'initiation, la flexibilité mentale, l'inhibition sont donc améliorées par les Échecs.

Pour étoffer notre propos, nous avons recherché d'autres études portant sur des populations ayant des troubles cognitifs.

- Une étude a fait jouer aux Échecs, à raison d'une heure par semaine pendant 11 semaines, 44 enfants ayant un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)<sup>49</sup>. Deux échelles d'évaluation du TDAH ont été passées avant et après l'intervention : la Swanson Nolan and Pelham Scale for Parents (SNAP-IV) et la Conner's Rating Scales for parents (CPRS-HI). L'étude a constaté une amélioration significative de l'attention après l'intervention. La taille d'effet est forte pour les deux échelles (SNAP-IV  $d = 0,85$ , CPRS-HI  $d = 0,85$ ).
- Une méta-analyse a pu mettre en avant les effets des échecs sur la cognition du sujet âgé<sup>50</sup>. L'étude démontre que la pratique des Échecs protège de manière préventive le développement de démence. L'étude conclut que le jeu d'Échecs est un facteur protecteur indirect du fait de sa stimulation cognitive chez la personne âgée.

Ainsi, plusieurs études décrivent des effets bénéfiques dans le jeu d'Échecs sur la cognition. Bien que plus largement étudiée en gériatrie en tant qu'activité de loisir, la pratique des Échecs semble avoir des effets cognitifs bénéfiques chez les adultes atteints de schizophrénie (fonctions exécutives) et chez les enfants TDAH

(attention). D'autres études comparatives en psychiatrie avec des échantillons plus importants seraient nécessaires pour consolider ces conclusions.

## b) Le jeu de Go

Le jeu de Go est un jeu venant de Chine. Il oppose deux joueurs qui doivent poser à tour de rôle des pierres, respectivement blanches et noires, sur les intersections d'un plateau quadrillé. Le but du jeu est d'avoir le plus de points en additionnant les cases de son territoire et les pierres prisonnières, que l'on acquiert en encerclant les pierres ennemies. Même si les règles paraissent très simples, le jeu est très stratégique et plusieurs études ont montré les effets du jeu de Go sur la plasticité cérébrale.

- Une première étude a montré que le jeu de Go avait des effets sur la connectivité cérébrale. A l'IRM, les joueurs professionnels avaient une plus grande connectivité que les sujets témoins dans les réseaux neuronaux utiles pour le jeu de société<sup>51</sup>.
- Une autre étude a montré une activation significativement plus importante du cortex pariétal supérieur gauche chez les experts en jeu de Go par rapport aux sujets novices pendant des exercices sur la mémoire de travail spatiale<sup>52</sup>. De plus, l'étude met en avant une plus grande connectivité entre les régions frontales et pariétales et entre les régions frontales et temporales chez les experts.

Ainsi, jouer au jeu de Go semble stimuler les réseaux neuronaux aussi bien dans la connectivité cérébrale que dans l'activation neuronale. Cela montre l'intérêt de ce jeu en tant que remédiation cognitive.

Il n'existe pas d'étude sur le jeu de Go en psychiatrie adulte. Dans le but d'étoffer notre propos, nous avons recherché d'autres études portant sur des populations ayant des troubles cognitifs.

- Nous avons retrouvé une étude en pédopsychiatrie<sup>53</sup>. Kim et al. montrent que les enfants TDAH qui jouent au Go pendant 16 semaines améliorent significativement leur score total de l'ARS (ADHD Rating Score de Dupaul) et leur sous-score d'inattention de l'ARS. De plus, les scores de la tâche d'empan de chiffre endroit et envers sont significativement améliorés après l'intervention. Ainsi, l'étude conclut que jouer au jeu de Go améliore l'attention, la mémoire de travail et les fonctions exécutives chez les enfants TDAH.
- Iizuka *et al.* ont mis en place une étude interventionnelle chez des sujets âgés ayant une démence légère à modérée<sup>54</sup>. La pratique hebdomadaire, et pendant 15 semaines, du Go a pu mettre en évidence une amélioration significative de l'attention et de la mémoire de travail dans le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin.
- Dans une deuxième étude, Iizuka met en place deux groupes interventionnels et un groupe contrôle chez des sujets âgés sans diagnostic de démence<sup>55</sup>. Dans le premier bras, les sujets âgés avaient des leçons de Go en classe une heure par semaine, pendant douze semaines. Dans le deuxième bras, les

patients avaient les mêmes leçons, mais sur tablette informatique. Finalement, par le jeu de Go, les deux groupes joueurs se sont significativement améliorés au niveau de la mémoire de travail visuelle. Par ailleurs, en comparaison au groupe contrôle, la taille d'effet était plus importante dans le premier groupe ( $d = 0.89$ ) par rapport au deuxième groupe ( $d = 0.67$ ). Ces résultats montrent donc l'intérêt du Go comme stimulateur cognitif chez le sujet âgé. Ils suggèrent également qu'une interaction sociale pendant la partie rend les effets du jeu de Go encore plus importants.

En somme, le jeu de Go a des effets sur la plasticité cérébrale qui entraînent probablement des effets cognitifs. Cette stimulation cognitive est retrouvée chez les sujets âgés (attention et mémoire de travail) et chez les enfants TDAH (attention, mémoire de travail, fonctions exécutives). Chez les patients adultes de psychiatrie ayant des troubles cognitifs, et plus particulièrement chez les patients atteints de schizophrénie, des études sont nécessaires pour prouver l'efficacité cognitive du jeu. Malgré cela, nous pouvons supposer son bénéfice thérapeutique par entraînement cognitif. De plus, les études de Iizuka observent des patients qui ne connaissaient pas les règles du jeu, ce qui laisse supposer que leur apprentissage serait envisageable chez des patients souffrant de pathologies psychiatriques, et ce, malgré leurs possibles troubles cognitifs<sup>54,55</sup>.

### c) Mah-jong

Le Mah-jong est un jeu d'origine chinoise. Il se joue à quatre joueurs, avec des tuiles. Le principe du jeu se rapproche du Rami. Les joueurs piochent et se défaussent d'une tuile pour essayer de produire les meilleures combinaisons. Le jeu s'arrête lorsque l'un des joueurs fait un Mah-jong, c'est-à-dire qu'il réussit à intégrer toutes ses tuiles dans des combinaisons. Ce jeu est hautement stratégique, et a fait l'objet d'études, non pas sur son utilisation en psychiatrie, mais chez les patients ayant des troubles cognitifs, et notamment en gériatrie, chez des patients présentant une démence, dans un but de stimulation cognitive.

- En 2006, la première étude de Sheung-Tak Cheng *et al.*, compare deux groupes de patients atteints de démence légère à modérée<sup>56</sup>. Pendant seize semaines, le premier groupe a joué deux fois par semaine au Mah-jong, tandis que l'autre jouait quatre fois par semaine. L'étude montre une amélioration significative du MMSE (Mini Mental State Examination), du résultat de la tâche d'empan de chiffre, ainsi que de la mémoire verbale avec le temps dans les deux groupes. L'étude conclut que le Mah-jong a une taille d'effet forte sur la tâche d'empan de chiffre (1.0 - 1.4), une taille d'effet de modérée à forte pour la mémoire de travail (0,5 - 0,9) et une taille d'effet modérée pour le MMSE (environ 0,6).
- En 2014, ST Cheng *et al.* mènent une nouvelle étude sur le Mah-jong, où ils randomisent 110 sujets âgés présentant une démence légère à modérée<sup>57</sup>. À zéro, trois, six, et neuf mois, les effets du Mah-jong et du Tai-chi sur le MMSE sont comparés à ceux des ateliers manuels (groupe contrôle). Les patients suivent ces activités trois fois par semaine pendant trois mois. À six et neuf

mois, l'étude montre une différence significative du MMSE et du score de la tâche d'empan de chiffre pour les patients pratiquant le Mah-jong par rapport au groupe contrôle. De plus, le score de la tâche d'empan de chiffre était significativement meilleur dans le groupe Mah-jong par rapport au groupe Tai-chi. L'étude conclut que le Mah-jong a des effets bénéfiques sur la cognition globale, et plus particulièrement sur la mémoire de travail. Les effets du Mah-jong au niveau de la mémoire de travail semblent plus importants que ceux du Tai-chi.

- En 2015, Lu Chu-Man monte une étude utilisant le Mah-jong chez les sujets d'âge moyen et les sujets âgés<sup>58</sup>. Trois fois par semaine pendant douze semaines, quarante-cinq patients ont joué au Mah-jong, et quarante-sept personnes ont continué leurs activités habituelles (groupe contrôle). Après douze semaines, le groupe de joueurs s'est significativement amélioré sur la mémoire à court terme, sur l'attention et les capacités de raisonnement logique par rapport au groupe contrôle.
- En mars 2020, Han Zhang, décide d'évaluer les effets du Mah-jong sur les fonctions exécutives<sup>59</sup>. Cinquante-huit sujets âgés, ayant un déficit cognitif léger ont été randomisé. Le groupe joueur a joué trois fois par semaine pendant douze semaines. À la fin de l'étude, le test Montreal Cognitive Assessment-Beijing, qui évalue les troubles cognitifs, et le Shape Trail Test, qui évalue les fonctions exécutives, se sont significativement améliorés dans le groupe Mah-jong, mais pas dans le groupe contrôle. L'étude conclut que jouer au Mah-jong améliore les fonctions exécutives et la cognition globale chez les sujets âgés ayant un déficit cognitif léger.

Au total, plusieurs études en gériatrie constatent les effets bénéfiques du Mah-jong chez les sujets âgés ayant des déficits cognitifs. Ces effets portent sur la cognition globale, la mémoire de travail, l'attention, le raisonnement logique et même les fonctions exécutives. A l'instar des patients gériatriques, nous pouvons espérer des effets cognitifs bénéfiques du Mah-jong sur les patients souffrant de pathologies psychiatriques par stimulation cognitive. De plus, il est démontré dans l'étude de Lu Chu-man que, bien que le jeu soit peu connu dans les pays occidentaux, l'apprentissage des règles semble envisageable pour des patients atteints de pathologies psychiatriques ayant des troubles cognitifs<sup>55</sup>. Pour confirmer ces résultats potentiels en psychiatrie, il serait cependant nécessaire de mener des études contrôlées et randomisées chez cette population.

#### d) Le Ska

Le Ska est un jeu de société traditionnel thaïlandais, et se présente comme une variante des Échecs. Il est à noter que nous n'avons pas pu trouver les règles de ce jeu. Il est probable que le nom de ce jeu soit mal traduit ou qu'il ait plusieurs traductions.

Nous n'avons retrouvé qu'une seule étude en gériatrie portant sur le Ska. Il s'agit d'une étude menée par Panphunpho, et qui vise à explorer les effets du jeu sur le fonctionnement cognitif du sujet âgé<sup>60</sup>. Quarante patients ont été randomisés en

deux groupes. Le groupe expérimental a joué au moins cinquante minutes par jour, trois fois par semaine pendant seize semaines. Plusieurs tests ont été menés pour mesurer la mémoire des patients (Verbal Pair Association I and II, Visual Reproduction I and II), l'attention (Trail Making Test part A), et les fonctions exécutives (Wisconsin Card Sorting Test). Après intervention, les scores de mémoire, d'attention et des fonctions exécutives se sont avérés significativement plus élevés chez le groupe joueur que chez le groupe témoin.

L'étude a ainsi conclu que le Ska améliorait la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives chez le sujet âgé. Du fait de l'absence de règles précises la mise en place de ce jeu semble compromise.

### e) Le Bridge

Le bridge est un jeu se jouant avec un paquet de cinquante-deux cartes. Le but du jeu est de faire le plus de plis, également appelés levées. Le jeu oppose deux équipes de deux joueurs. La première phase du jeu se déroule sous forme d'enchères pour déterminer quelle équipe réalisera le contrat dans la deuxième phase, la phase de levées.

Il n'existe aucune étude sur les effets du bridge sur les patients souffrant de pathologies psychiatriques. Une seule étude de 1990 par Louise Clarkson-Smith et Alan A. Hartley analyse les cognitions des joueurs de bridge<sup>61</sup>. Les auteurs ont comparé leur mémoire de travail, leur raisonnement, leur temps de réaction et leur vocabulaire par rapport à cinquante non-joueurs. Les résultats de l'étude montrent que les joueurs ont des scores aux test de mémoire de travail et de raisonnement, significativement plus élevés que les non-joueurs. Par contre, ce n'est pas le cas pour le temps de réaction et pour le vocabulaire.

Ainsi, le Bridge semble être associé à une plus grande mémoire de travail et à un meilleur raisonnement. Nous ne pouvons cependant pas en déduire un lien de causalité. En effet, l'hypothèse que le bridge améliorerait la mémoire de travail et le raisonnement est opposée à l'hypothèse que ce sont les personnes qui ont une bonne mémoire de travail et un bon raisonnement qui sont le plus enclins à jouer au bridge.

### f) Dixit

Le Dixit a été créé par le pédopsychiatre Jean-Louis Roubira. Le jeu est constitué de quatre-vingt-quatre cartes, illustrées de manière onirique, symbolique, voire surréaliste. Un des joueurs fait office de conteur. À partir d'une des cartes présente dans sa main, il doit énoncer un thème sous la forme d'une phrase, d'un mot, d'une oeuvre ou d'une expression en rapport subjectif avec l'image. Par la suite, les autres joueurs sélectionnent, parmi leurs propres cartes, celle qui semble le mieux illustrer le thème énoncé. Les joueurs doivent voter pour essayer de deviner la carte du conteur. La subtilité du jeu est que le conteur doit être découvert par au

moins une personne, mais pas par tout le monde. Il doit donc adapter son thème aux autres joueurs. La théorie de l'esprit de tous les joueurs est alors mise en jeu.

Par sa forte dimension symbolique et imaginaire, le jeu Dixit permet d'analyser les associations cognitives que les patients font. Cela a pu être utilisé en soin de suite et de réhabilitation chez des patients aphasiques pour comprendre leurs difficultés. Quentin Auchapt a étudié le Dixit, sur la cognition, la cognition sociale, et la métacognition chez quatre patients adultes souffrant de schizophrénie<sup>62</sup>. Le jeu a été simplifié dans un premier temps pour faciliter l'apprentissage des règles. Cinq tests ont été passés avant et à la fin de l'étude : AT9 (Archétypes 9, test projectif explorant l'imaginaire), Symboles (Fonctions exécutives, vitesse de traitement), LEAS (Échelle de conscience émotionnelle, test projectif étudiant la théorie de l'esprit), Stroop (Capacité d'inhibition) et Séquence lettre chiffre (mémoire de travail). La majorité des tests des patients se sont améliorés, quelques uns sont restés constants. Sept semaines après l'étude, grâce à un questionnaire, les patients se sont auto-évalués sur leur changement psychique dû au jeu. Leur auto-évaluation montrait une forte amélioration de leur confiance en eux, de l'affirmation de soi, et de la compréhension de ce que pense et veut l'autre.

Malgré l'absence d'analyses statistiques de cette étude, les résultats vont dans le sens d'un intérêt du Dixit chez les patients souffrant de schizophrénie en ce qui concerne l'amélioration de la cognition, de la cognition sociale et de la métacognition.

### g) Les jeux de société en général

Il n'existe pas d'étude sur les jeux de société en psychiatrie. Nous avons cependant pu trouver une étude en addictologie. Morgane Régner a étudié l'impact des jeux de société sur la cognition des patients dans un service d'addictologie à Amiens<sup>63</sup>. Même si la population n'est pas directement psychiatrique, 74% d'entre eux avaient des troubles anxieux légers à sévères, et 76% avaient un syndrome dépressif léger à sévère. L'étude a inclus vingt-huit patients et vingt-neuf témoins qui étaient tous hospitalisés pour sevrage éthylique complexe. Les patients ont été évalués, à leur admission et en fin d'hospitalisation, sur leurs troubles cognitifs, à l'aide de la Montreal Cognitive Assessment (MoCA), ainsi que sur leur capacité hédonique et leur intégration au groupe à l'aide de deux questionnaires. Les jeux de société utilisés étaient le Time's up, Brainstorm, Brainbox et le Speed Cups. Dans le groupe jeu, les scores du MoCA, et les sous-scores associés à la mémoire, aux fonctions exécutives et visuo-spatiales se sont significativement améliorés. De l'autre côté, le groupe témoin ne s'est pas amélioré de façon significative. De plus, les évaluations qualitatives ont prouvé l'impact des jeux sur le plaisir ressenti et l'intégration au groupe.

Ces résultats suggèrent que ces quatre jeux de société ont des effets bénéfiques chez les patients alcooliques : sur la mémoire, les fonctions exécutives et visuo-spatiales, le sentiment de satisfaction personnelle et celui de l'intégration sociale. Même si la population étudiée est celle de patients d'addictologie, nous avons vu que les comorbidités psychiatriques de cette population sont importantes.

Nous pouvons donc espérer que ces quatre jeux auraient des effets cognitifs chez les patients dépressifs ou anxieux. Bien entendu, ces résultats sont à confirmer avec des études spécifiques en psychiatrie.

Dans le but d'étayer notre propos, nous avons recherché des études sur les jeux de société chez des patients ayant des déficits cognitifs, et plus particulièrement en gériatrie.

- En 2013, Dartigues *et al.* ont étudié une cohorte de 469 sujets âgés après vingt-deux ans de suivi<sup>64</sup>. Le risque de développer une démence était 15% plus faible chez les sujets âgés jouant aux jeux de société au début de l'étude que chez les non joueurs. Cela restait vrai après ajustement de l'âge, du sexe, de l'éducation et d'autres facteurs de confusion. Ce risque n'était plus statistiquement significatif après ajustement sur les scores de base du MMSE et de dépression. Les auteurs ont ainsi conclu que les jeux de société ont probablement des effets bénéfiques sur le déclin cognitif et la dépression avant l'apparition de la démence.
- En avril 2020, Verghese *et al.* ont étudié les résultats d'une cohorte de 469 sujets âgés suivis pendant vingt-et-un ans<sup>65</sup>. Ils ont conclu que ceux qui avaient joué fréquemment à des jeux de société au début de l'étude, étaient significativement moins touchés par le risque de démence (Rapport de hasards = 0,26, IC [0,17 - 0,57]). Ces résultats restaient statistiquement significatifs après ajustement aux performances cognitives de base et après exclusion des possibles démences précliniques.
- Lee *et al.* confirment également ces résultats dans une étude de 2018<sup>66</sup>. Ces derniers ont étudié une cohorte de 15 582 sujets âgés chinois suivis pendant 8 ans. La pratique, en début d'étude, d'une activité intellectuelle comme les jeux de plateau, de cartes, ou le Mah-jong, est associée à un plus faible risque de démence chez le sujet âgé. (Odds ratio = 0,71, CI [0,60 - 0,84]).

Nous comprenons donc que les jeux de société semblent avoir des effets bénéfiques sur la cognition globale des sujets âgés avant l'apparition de démence. De plus, certains jeux de société semblent avoir des effets sur la mémoire, les fonctions exécutives et visuo-spatiales. Il est nécessaire de mener des études psychiatriques à haut niveau de preuves pour confirmer ces résultats.

Au total, un nombre relativement important d'études a été mené chez les sujets âgés souffrant de déficit cognitif. Ces études démontrent des effets très variés de différents jeux de société sur la cognition des sujets âgés : la cognition globale, l'attention, le raisonnement logique, les fonctions exécutives ou la mémoire de travail. La pratique régulière des jeux de société avant le déclin cognitif serait même un facteur protecteur de l'apparition de la démence.

Malheureusement, en psychiatrie adulte, peu d'études ont été menées pour montrer l'utilité des jeux de société dans la remédiation cognitive. Mais malgré le faible nombre d'études en psychiatrie, des effets sont constatés sur cette

population. Les Échecs s'avèrent efficaces pour améliorer les fonctions exécutives des patients atteints de schizophrénie, et la pratique du Dixit semble améliorer la cognition, la cognition sociale et la métacognition. Quatre autres jeux utilisés en addictologie ont démontré leur efficacité sur la mémoire, sur les fonctions exécutives, et sur les fonctions visuo-spatiales. En outre, chez l'enfant ayant un TDAH, le Go et les Échecs semblent efficaces pour améliorer l'attention et les fonctions exécutives.

Il est évident que d'autres études seraient nécessaires pour confirmer ces résultats, mais les jeux de société peuvent d'ores et déjà être considérés comme un bon outil de remédiation cognitive chez les patients adultes en psychiatrie ayant des troubles cognitifs modérés. Nous pouvons expliquer ces effets simplement : la mémoire est sollicitée pour l'apprentissage des règles, l'attention et la concentration sont demandées pour suivre ce qui se passe tout au long de la partie. Les fonctions exécutives sont nécessaires pour attendre son tour (l'inhibition), jouer son tour de la bonne manière (l'initiation, la planification, l'inhibition, la flexibilité), ou encore établir une stratégie (la planification et la flexibilité cognitive). Selon les jeux, l'on peut faire travailler le langage écrit et oral, la mémoire pour les jeux type memory, l'amélioration psychomotrice pour les jeux d'habileté motrice, voire la métacognition (connaissance de son propre fonctionnement et de celui d'autrui) pour les jeux d'anticipation du comportement de l'autre, appelés aussi « jeux de guessing ». De plus, dans les différentes études recensées, l'apprentissage des règles ne semble pas problématique chez des patients ayant des troubles cognitifs légers à modérés.

Par ailleurs, nous pouvons nous questionner sur le transfert de ces compétences au quotidien. Aucune étude en psychiatrie ne s'intéresse à cet aspect qui est pourtant essentiel pour améliorer le vécu des patients. De même, aucune recherche ne s'intéresse à la durée des effets cognitifs de ces jeux de société sur les patients souffrant de pathologies psychiatriques. Il serait intéressant d'étudier ces pistes de recherche pour confirmer l'intérêt des jeux dans la remédiation cognitive.

## 2) Les jeux de société grand public sur la symptomatologie psychiatrique adulte

Plusieurs études mettent en avant les effets thérapeutiques du jeu de société sur la symptomatologie anxieuse et dépressive du sujet âgé.

- Nakao M *et al.* en 2017, ont mis en évidence que les niveaux d'anxiété et de dépression ont significativement diminué chez le sujet âgé au cours d'une intervention de gestion du stress de six semaines qui a utilisé le jeu de Shogi<sup>67</sup>.
- Nakao M *et al.* en 2019, ont publié une étude utilisant le jeu de Shogi dans les thérapies comportementales et cognitives (TCC) pour réduire le stress chez les sujets âgés<sup>68</sup>. Le Shogi a été intégré dans les thèmes des séances pour faciliter la verbalisation et la communication. Par exemple, le thème d'une des

séances était « comment agir positivement quand vous perdez au Shogi et que vous devenez déprimé ». L'étude montre l'intérêt des TCC associées au Shogi dans la gestion du stress chez les sujets âgés ayant un faible niveau de bien-être subjectif.

- Cheng ST *et al.*, ont publié en 2012 une étude montrant l'efficacité du Mah-jong sur les symptômes psychiatriques chez les sujets âgés ayant une démence légère ou très légère<sup>69</sup>. La pratique du Mah-jong trois fois par semaine pendant douze semaines a entraîné une baisse significative de la Geriatric Depression Scale à trois mois. Ce résultat n'est pas retrouvé à six mois. Ainsi, le Mah-jong pourrait améliorer les symptômes dépressifs chez les patients ayant une démence légère. Cette activité de jeu doit probablement être poursuivie pour avoir des effets à plus long terme.
- L'étude de Lin *et al.* en 2015 indique que le jeu de Go a des effets bénéfiques sur la symptomatologie psychiatrique et le fonctionnement social du sujet âgé atteint d'une maladie d'Alzheimer<sup>70</sup>. Pendant six mois, cent quarante-neuf patients ayant Alzheimer ont joué au Go pendant zéro, une ou deux heures par jour selon le groupe dans lequel ils étaient randomisés. Aucun n'avait joué au Go avant l'étude. Les scores de dépression (MADRS, Montgomery and Asberg Depression Rating Scale) et d'anxiété (HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale), à six mois, ont significativement baissé dans les groupes jouant au Go par rapport au groupe témoin. Le score de l'échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement (EGF), qui montre le fonctionnement psychologique, social et professionnel d'un individu, était significativement plus élevé dans les groupes d'intervention par rapport au groupe contrôle. Le KICA-dep (Kimberley Indigenous Cognitive Assessment of depression), qui évalue les symptômes dépressifs des patients, s'est amélioré pour neuf des onze critères dans les groupes de Go .
- Dans leur étude prospective de 2013, Dartigues *et al.* ont retrouvé moins d'épisodes dépressifs chez les sujets âgés jouant aux jeux de société que chez les non joueurs. L'étude conclut que les jeux de société ont probablement des effets bénéfiques sur la dépression avant l'apparition de démence<sup>64</sup>.

Pour conclure, il n'existe pas d'étude chez les patients adultes ayant des symptômes psychiatriques, mais plusieurs études montrent l'efficacité des jeux de société, dits traditionnels, sur les symptômes anxieux et dépressifs du sujet âgé. Nous pouvons supposer que, par son aspect ludique, le jeu de société agit comme un distracteur à l'anxiété du patient et lui permet de sourire, voire de rire. De plus, les jeux de société améliorent les symptômes dépressifs car ils servent de média aux patients pour permettre un rapprochement social, voire un soutien psychologique. Ils rendent enfin les journées moins routinières pour des patients dont le quotidien se répète d'un jour à l'autre. Ainsi, par le jeu, le patient se rétablit socialement et psychologiquement, ce qui permet un apaisement psychique.

### 3) Les jeux de société grand public comme outils dans les thérapies systémiques

Certains jeux peuvent, de par leur symbolisme, être utilisés comme média dans les thérapies systémiques. Le jeu des sept familles est né en France à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, et a eu plusieurs utilisations : politique, pédagogique, publicitaire, ou encore promotionnelle<sup>71</sup>. Claude de la Genardière nous explique que ce jeu permet d'accéder aux représentations familiales et au travail fantasmatique. En effet, le jeu des sept familles associe par paire, couple ou fratrie, un grand-père et une grand-mère, un père et une mère, un fils et une fille. Il existe alors un fantasme de procréation dans lequel des couples produisent des couples. Cette « famille » est finalement assez éloignée de la réalité, mais elle permet le « symbolisme de parenté ». Celui-ci est détruit puis reconstruit quand les cartes sont données au cours d'une partie. Ainsi, le jeu, par cette recombinaison, mobilise les fantasmes sur la filiation, la succession de génération, et la sexualité. Le jeu des sept familles semble donc être un bon outil pour comprendre les représentations familiales des patients, et peut constituer un premier pas vers un travail systémique.

Le Dixit, dont nous avons parlé précédemment, est un jeu de cartes illustrées de manière symbolique, onirique, voire surréaliste. Il fait appel à l'imagination et à la communication. Ce jeu a pu être utilisé comme support aux représentations métaphoriques dans des interventions systémiques<sup>72</sup>. Le SAIRSO, un centre d'orientation éducative implanté à Bruxelles, a pu mettre en place le Dixit dans le cercle familial. Les règles classiques du Dixit n'ont pas été utilisées dans ce contexte. Les cartes, ayant une grande force métaphorique, sont étalées face visible sur la table. Les thérapeutes posent ensuite une question à la famille, questionnant par exemple leurs relations, un événement en particulier, la place d'une des personnes dans le groupe, etc. Les questions posées visent à faire émerger le tiers relationnel, et portent sur le présent, le passé, le futur, ou le processus, qu'il soit passé ou futur. Par exemple, dans une famille ayant de grandes difficultés de communication, chaque enfant a dû choisir une carte qui représentait pour lui la relation qu'il avait avec son père, et le père a dû faire la même chose pour chaque enfant. Le Dixit est ici utilisé comme objet flottant, défini par P. Caillé et Y. Rey comme permettant l'émergence du tiers relationnel et une autre lecture du système familial<sup>73</sup>. L'utilisation de l'image comme vecteur de la parole se rapproche du fonctionnement du Photolangage<sup>74</sup>. La rencontre médiatisée est triangulée et permet l'espace intermédiaire. Le Dixit permet l'échange à un autre niveau que celui de « l'objectivation du réel, pour se rapprocher de la construction du réel »<sup>72</sup>. Parce que la famille parle de ses représentations, qui sont forcément subjectives, un dialogue peut être mis en place. Il n'est plus question de vrai ou de faux mais de vécu et de ressenti. De plus, les cartes, de par leur contenu métaphorique, permettent aux familles d'accéder au symbolisme et à la représentation, ce qui encourage l'élaboration. La métaphore donne un accès plus indirect et moins menaçant aux questions sensibles. On parle de soi sans vraiment parler de soi puisque l'on parle d'une carte. Le support symbolique des cartes permet la libération de l'expression verbale. L'intérêt de cet outil dépasse le temps d'entretien pendant lequel il est

utilisé, car il permet de réutiliser les métaphores évoquées qui sont devenues porteuses de symbolisme collectif. Ainsi, le Dixit permet que le questionnement des thérapeutes soit éprouvé, donnant le jour à de nouvelles hypothèses de travail en thérapie.

De son côté, Vincent Bidault a pu utiliser le Dixit pour la création d'un génogramme en individuel ou en famille<sup>75</sup>. Après avoir créé le squelette de ce génogramme, le patient associe chaque membre de sa famille et lui-même à une carte. S'ensuit un temps de verbalisation et de partage, aidé par le thérapeute quand le patient a du mal à élaborer. Ce travail permet à ce dernier de donner du sens, une histoire, une interprétation à sa famille pour qu'une prise de conscience se fasse et qu'il puisse en discuter avec ses proches.

Nous comprenons que le jeu des sept familles, par ses « représentations familiales », et le Dixit, par ses illustrations métaphoriques et symboliques, sont de bons outils pour permettre la verbalisation et la symbolisation des relations intrafamiliales. De plus, il semble facile d'utiliser le Dixit en temps que média dans des entretiens où la pensée est trop figée, pour ouvrir l'espace transitionnel.

#### 4) La psychiatrie dans les jeux de société grand public

Comme nous l'avons vu, les jeux de société issus du grand public ont des effets bénéfiques sur les patients souffrant de pathologies psychiatriques. A l'inverse, nous retrouvons régulièrement des jeux de société pour le grand public qui sont largement inspirés du monde de la psychiatrie. Pourtant, cette utilisation reste souvent stéréotypée ou ne constitue qu'un prétexte pour soutenir la mécanique du jeu. On peut citer comme exemple : Le monde est fou, Dr Pillule, Fou fou fou, Dany, ou encore Comanaute. Malheureusement, il n'existe aucun jeu dans le commerce qui parle réellement et avec justesse de la psychiatrie. Il est probable que le fait d'en parler sérieusement serait trop réaliste et n'attirerait pas les joueurs qui cherchent à s'évader du quotidien.

Outre le fait que la psychiatrie soit devenue le thème de certains jeux, on retrouve des jeux ressemblant fortement à des tests cognitifs de neuropsychologie.

Tout d'abord, il existe plusieurs jeux de société s'inspirant du test de Stroop et stimulant la flexibilité mentale. Dans le jeu Color Addict, chaque carte a un nom de couleur imprimé dans une couleur différente. A la manière du Uno, les joueurs jouent à tour de rôle une carte sur un tas de cartes, en associant entre elles les couleurs et les mots de couleur. Par exemple, une carte avec le mot « bleu » imprimé en rouge peut être joué sur une carte imprimée en bleu ou en rouge, ou sur un mot « bleu » ou « rouge ». Le but du jeu est de jouer toutes ses cartes. On voit bien ici, le concept de l'effet Stroop mobilisant la flexibilité mentale des patients.

De son côté, Khromix rappelle également l'effet Stroop et fait appel à l'agilité mentale des patients. Khromix est un jeu de cartes où chaque carte comporte une valeur positive ou négative et un nom de couleur écrit dans une couleur différente.

Un joueur révèle une carte et dit à haute voix le mot « couleur » ou « mot ». Pour récupérer la carte, les autres joueurs doivent énoncer le plus rapidement possible la couleur de la carte ou le mot. La carte récupérée rapporte les points qui sont affichés dessus. Le but du jeu est de marquer le plus grand nombre de points. Ainsi, l'effet Stroop se cumule avec l'envie changeante de récupérer la carte selon sa valeur. La flexibilité mentale des patients y est fortement mise à l'épreuve.

Enfin, Dr. Eureka s'inspire directement du test de la tour d'Hanoï remplaçant les tiges et les disques par des tubes à essai et des billes colorées. Au début du tour, une personne révèle une carte qui indique l'emplacement des billes dans les tubes que tous les joueurs doivent reproduire le plus rapidement possible. Comme dans la tour d'Hanoï, on peut supposer que les fonctions exécutives (la planification et l'inhibition) ainsi que la mémoire de travail sont mises en jeu par Dr. Eureka.

Au final, plusieurs jeux pour le grand public s'appuient sur des tests neuropsychologiques. Même si la tour d'Hanoï et le test de Stroop sont des tests d'évaluation, nous pouvons supposer qu'ils ont des effets sur la cognition s'ils sont répétés. Dans ce sens, Color Addict, Khromix et Dr. Eureka ont probablement des effets sur les fonctions exécutives et la mémoire de travail. Pour confirmer ces résultats, il est évident qu'il faudrait mener des études contrôlées randomisées chez des patients souffrant de pathologies psychiatriques.

Au total, les jeux de société grand public ont des effets très variés sur la santé psychique. Ils stimulent psychiquement les patients et sont efficaces dans la remédiation cognitive, ils permettent l'amélioration de la symptomatologie dépressive et anxieuse des patients, et s'avèrent utiles dans un travail systémique pour permettre une élaboration psychique et l'émergence du tiers relationnel. De plus, leur attractivité ludique, leur faible coût et leur facilité de mise en place rendent le jeu de société grand public d'autant plus intéressant à l'utilisation.

Malgré des résultats présentés comme prometteurs, il apparaît au travers de ce travail que la plupart des résultats en psychiatrie actuellement disponibles présentent un niveau de preuve relativement faible. En outre, le nombre d'études publiées est assez limité. Il existe plusieurs explications plausibles à cela. Les jeux de société ne se sont implantés en psychiatrie que récemment, et ne sont peut-être pas perçus comme des médias thérapeutiques sérieux. Ainsi, quand ils sont utilisés, leur but est parfois uniquement occupationnel et non thérapeutique. Peut-être est-il également difficile de mettre en place des études sur les jeux de société. Cette difficulté pourrait s'expliquer par le très large panel de jeux grand public qui rend difficile le choix unique d'un jeu de société à étudier. De la même façon, il semble impossible de généraliser les effets d'un jeu à l'ensemble des jeux de société du fait de la variété de leurs mécanismes et de leurs effets psychiques.

Ainsi, une très large panoplie d'études pourrait être envisageable au vu du nombre de jeux disponibles et de la diversité de leurs effets. Concernant les effets en tant que remédiation cognitive, il semblerait plus pertinent d'étudier en priorité les jeux dits traditionnels chez les patients adultes ayant des symptômes psychiatriques, puisque les jeux se sont déjà révélés efficaces sur la cognition du sujet âgé. Concernant l'interaction sociale, plusieurs jeux dits modernes, plus enclins à l'interaction sociale et à la création d'une dynamique de groupe, pourraient être étudiés vis-à-vis de leur intérêt sur la cognition sociale.

Au-delà des jeux grand public parfois présents en psychiatrie, plusieurs jeux ont été créés spécialement pour la psychiatrie adulte. C'est ce que nous allons voir dans la suite de ce travail.

## D/ La création de jeux de société pour la psychiatrie adulte

Les jeux de société sont présents en psychiatrie depuis plusieurs années. Leur place a été consolidée par la création de jeux de société spécialement adaptés aux patients souffrant de pathologies psychiatriques. Sous la forme de Serious Games, de nombreux jeux ont, en effet, été créés pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adulte. Chez l'enfant, on peut citer par exemple Sociab'Quizz qui entraîne les habilités sociales<sup>76</sup>, 8<sup>ème</sup> dimension qui cherche à favoriser les représentations et à susciter la réflexion<sup>77</sup>, ou encore Le qu'en dit-on junior, qui permet l'expression et la réflexion au regard de valeurs sociétales et de la loi<sup>78</sup>. Ces Serious Games utilisent le jeu en tant que média de communication, de verbalisation, d'éducation, d'exploration des émotions, ou d'entraînement à la théorie de l'esprit. Chez l'adulte, il existe également différents jeux créés spécialement pour les patients souffrant de pathologies psychiatriques, et dont nous allons ci-après décrire les objectifs thérapeutiques.

### 1) Le jeu dans les thérapies cognitivo-comportementales

#### a) Michael's game

Michael's Game est un jeu d'entraînement au raisonnement par hypothèse. Il a été développé par Khazaal et Favrod<sup>79</sup>. C'est une adaptation ludique d'exercices de thérapie comportementale et cognitive pour les patients souffrant de schizophrénie et ayant des déficits de style attributionnel. Le jeu peut se jouer en groupe ou en individuel, pour des patients sans désorganisation mentale trop sévère. Le jeu se présente sous la forme de 80 cartes dans lesquelles Michael, un personnage fictif, tire des conclusions erronées de diverses situations. Chaque carte correspond à une situation et un objectif à atteindre. Elles sont classées dans trois catégories : les situations non psychotiques et non émotionnelles, les situations émotionnelles et non psychotiques, et enfin, les situations psychotiques. Le but du jeu pour les patients est d'aider Michael à trouver des alternatives à ses pensées. Ainsi, le jeu demande aux patients de comprendre ce que veut ou ressent l'autre, et à comprendre le caractère pathologique de certains de leurs symptômes. Dans un second temps, les patients sont amenés à faire des liens entre les situations rencontrées par Michael et leur propre vécu. Ils sont encouragés à mettre en application ces techniques de raisonnement dans la vie réelle.

Quatre études du jeu ont été menées par Khazaal. En 2006, une étude multicentrique non contrôlée de cinquante-cinq patients psychotiques stabilisés a comparé les effets du jeu Michael's Game sur le Peters Delusion Inventory (PDI-21), évaluant leurs idées délirantes<sup>80</sup>. L'étude montre que les quarante-cinq patients qui ont participé ont significativement réduit leur degré de conviction et de préoccupation

associé aux idées délirantes (mesuré avec le PDI-21). La taille d'effet reste modérée sur ces deux résultats (respectivement  $d = 0,50$  et  $d = 0,54$ ).

En 2010, une autre étude multicentrique non contrôlée de cent trente-cinq patients psychotiques a comparé les effets du jeu Michael's Game sur le Beck Cognitive Insight Scale (BCIS, mesure la fiabilité et la certitude des croyances), et le PDI-21<sup>81</sup>. Chez les cent sept patients inclus, on a constaté une amélioration significative des deux sous-scores du BCIS et une réduction significative des degrés de conviction et de préoccupation associés aux idées délirantes (mesurés avec PDI-21). La taille d'effet retrouvée pour tous ces résultats est modérée.

En 2013, une étude multicentrique contrôlée randomisée a évalué l'efficacité du jeu Michael's Game sur la flexibilité mentale, les symptômes psychotiques et leur vécu chez cent soixante-douze patients souffrant de troubles psychotiques<sup>82</sup>. Les résultats montrent « un effet du jeu sur la réduction des degrés de préoccupation, de conviction et d'anxiété associés aux idées délirantes (mesurés avec PDI-21), une amélioration de la flexibilité cognitive (ouverture à des explications alternatives, mesurée avec certains items du Maudsley Assessment of Delusions Schedule, MADS) ainsi qu'une diminution des symptômes psychiatriques mesurés avec la Brief Psychiatric Rating Scale ».

En 2015, une étude multicentrique randomisée et contrôlée de cent soixante-douze patients psychotiques a évalué le jeu Michael's Game avec deux échelles (PDI-21, MADS) avant intervention (T1), après intervention (T2, à 3 mois) et à 9 mois (T3).<sup>83</sup> À T2 le sous-score de conviction du PDI-21 est significativement amélioré par la pratique du jeu. À T3, les sous-scores de conviction, de détresse, et de préoccupation du PDI-21, ainsi que la flexibilité cognitive mesurée par le MADS étaient significativement améliorés par la pratique du jeu

En conclusion, le jeu Michael's games permet, par restructuration cognitive, une meilleure flexibilité cognitive et une amélioration de la préoccupation, de la conviction et de la détresse des idées délirantes. Le jeu, par son côté ludique, permet une adhésion des joueurs, qui deviennent progressivement capables de remettre en question leurs croyances. En outre, leur insight et leur symptomatologie psychiatrique semblent s'améliorer.

## b) Pick-Klop

Pick-Klop est un jeu créé par Yasser Khazaal et ses collaborateurs, et est constitué d'un plateau et de cartes. Il est destiné aux fumeurs de tabac, tous publics confondus, mais plusieurs études ont été mises en place en psychiatrie. L'objectif du jeu est d'informer les fumeurs sur la cigarette, de modifier les comportements vis-à-vis de celle-ci, d'augmenter leur confiance dans leur propre capacité à arrêter, et de motiver et d'aider les joueurs à arrêter de fumer. Le jeu s'appuie sur les thérapies comportementales et cognitives. Il introduit un tiers dans la conversation, permettant de ne pas susciter un sentiment de culpabilité au patient.

Une partie dure entre 15 et 45 minutes. Les joueurs déplacent leurs pions en lançant un dé. La case qu'ils atteignent indique quel type de cartes ils doivent tirer. Il existe trois types de cartes. Les cartes questions, tout d'abord, qui sont à choix

multiplés. Leurs thèmes sont très variés et peuvent porter sur l'histoire du tabac, la constitution du tabac et ses effets psychologiques, les mécanismes d'action du tabac, les stades de changement, les processus impliqués dans la dépendance, etc... Répondre correctement à ces questions rapporte des points. Ensuite, les cartes surprises favorisent les interactions et l'humour entre les joueurs. Enfin, les cartes tentations, dont la fréquence augmente en cours de partie, illustrent les tentations, les rechutes du fumeur en phase de changement et les moyens d'y remédier.

Trois études ont été mises en place par Y. Khazaal. La première étude a été menée chez des patients hospitalisés en psychiatrie, et parmi lesquels certains souffraient de schizophrénie<sup>84</sup>. Des groupes de 3 à 6 patients sont formés. Après une seule séance de jeu, les cinquante-et-uns patients fumeurs voyaient leur intention d'arrêter de fumer significativement augmenter.

Dans une deuxième étude, Khazaal *et al.* ont utilisé plusieurs échelles chez soixante-et-un fumeurs en population générale : ATS-18 (Attitude Towards Smoking Scale, évalue l'attitude vis à vis de la cigarette), SEQ-12 (Smoking Self-Efficacy Questionnaire, mesure la capacité à ne pas fumer malgré des stimuli), ANRT-12 (Attitude Towards Nicotine Replacement Therapy, évalue l'attitude vis-à-vis des substituts nicotés), le nombre de cigarettes fumées par jour, l'intention d'arrêter de fumer, et enfin le stade de changement<sup>85</sup>. Après quatre séances de jeu, ils observent une amélioration significative des scores de l'ATS-18, de la SEQ-12, et de l'ANRT-12. Ils observent également une réduction significative du nombre de cigarettes fumées par jour et une amélioration significative de l'intention d'arrêter de fumer. De même, le stade de changement s'est significativement amélioré.

La dernière étude de Khazaal *et al.* date de 2013<sup>86</sup>. Elle a été contrôlée, randomisée, ouverte, et compare, pendant trois mois, cent-vingts fumeurs jouant pendant 1,5 heures à Pick-Klop, à soixante fumeurs suivant une psychoéducation au tabac pendant 1,5 heures et à soixante fumeurs sur liste d'attente. Il est à noter que l'étude exclut les patients souffrant de pathologies psychiatriques, car les auteurs les considèrent comme étant plus grands consommateurs de tabac, et plus à risque de ne pas arrêter leur consommation. Pick-Klop améliore significativement le score de l'ATS-18, de la SEQ-12 et de l'ANRT-12. Khazaal *et al.* observent également une baisse du nombre de cigarettes fumées par jour. De plus, à trois mois, l'utilisation du jeu Pick-Klop a augmenté les taux d'arrêt du tabac chez les fumeurs vis-à-vis du groupe témoin.

Ainsi, plusieurs études montrent l'intérêt du jeu Pick-Klop pour la population générale dans le sevrage du tabac, que ce soit dans l'intention d'arrêter, dans la baisse du nombre de cigarettes consommées ou dans l'arrêt total du tabac. Il est à noter qu'une seule étude se concentre sur les patients souffrant de pathologies psychiatriques. Celle-ci montre des résultats plutôt encourageants après une seule session de jeu. Le jeu Pick-Klop serait donc une solution intéressante pour aider les patients atteints de pathologies psychiatriques à arrêter le tabac, qu'ils consomment de manière importante. Malgré tout, d'autres études contrôlées, randomisées sur la population psychiatrique sont nécessaires pour confirmer ces résultats.

Tout comme Michael's Game, Pick-Klop utilise les TCC au service de la remédiation cognitive. Par le jeu, les patients sont amenés à questionner leurs pensées, leurs schémas cognitifs et leurs comportements, d'un côté pour permettre un fonctionnement social plus adapté, de l'autre pour encourager un sevrage tabagique.

## 2) Le jeu dans les thérapies systémiques

Le jeu de l'oie systémique est dérivé du jeu de l'oie traditionnel, il est utilisé comme objet flottant dans les entretiens systémiques<sup>73,87</sup>. Cette variante ne garde du jeu original qu'un parcours de dix cases, en plus d'une case départ et d'une case arrivée. Il n'y a pas de gagnant ou de perdant. Le but du jeu est de faire revisiter l'histoire familiale, de ré-informer les membres du groupe familial sur cette histoire, et d'activer les ressources et le potentiel de créativité du système et des individus. Le « jeu » se déroule en trois étapes. La première consiste à ce que la famille se mette d'accord sur une sélection de dix événements ponctuels qui ont le plus marqué leur famille aussi bien positivement que négativement. Dans la deuxième étape, chacun est invité à donner une valeur symbolique à chaque événement selon un des sept symboles proposés par le jeu de l'oie. Les symboles sont « bipolaires » ; ils sont décrits à la fois positivement et négativement. Dans la troisième étape, chaque membre de la famille écrit un récit pour les cases départ et arrivée, qui surviennent respectivement avant l'événement n° 1 et après l'événement n° 10.

Par le jeu de l'oie systémique, le thérapeute remet du sens dans le passé, le présent et le futur de la famille. Il permet à la famille de voir le vécu de chacun de ses membres. Même s'il ne s'agit pas, à proprement parler, d'un jeu de société, cet outil utilise la culture collective du jeu de l'oie pour structurer et illustrer le travail systémique.

### 3) Le jeu à visée éducationnelle

#### a) Jeux destinés aux patients

##### i) Allo'Caz

Le CATTP de Beauvais a créé le jeu de plateau Allo'Caz pour aider les patients à gérer leur quotidien d'un point de vue social. Le groupe se réunissait une fois par mois pendant deux heures<sup>88</sup>. Le plateau du jeu de Allo'Caz ressemble au Monopoly, sauf que chaque case invite les joueurs non pas à acheter des rues, mais à s'informer, à échanger et à s'entraider sur les problématiques sociales fréquemment qu'ils peuvent rencontrer en tant que patients. Le but est de prévenir leurs difficultés grâce aux informations diverses sur les droits sociaux. Le jeu vise à l'autonomisation des patients, tout en conservant un cadre ludique.

Malgré l'absence d'étude, le jeu Allo'Caz semble être un bon média pour aider les patients à mieux gérer leur vie en tant que citoyens. Malheureusement, le jeu a été développé au niveau local uniquement et n'a pas été édité.

##### ii) Quand le gant de toilette reste sec

Quand le gant de toilette reste sec est un outil créé dans les années 2000 qui permet d'aborder de manière ludique les différentes notions d'hygiène dans les services de psychiatrie<sup>89</sup>. Il est composé de trois outils utilisables séparément ou complémentirement en fonction du public, des objectifs et de la situation. Il comprend un photolangage composé de soixante-six photos favorisant l'expression des représentations, de grilles d'évaluation de l'hygiène corporelle et vestimentaire, utilisables uniquement par les soignants pour évaluer les patients, et d'un jeu de plateau pour tester les connaissances des joueurs. Le jeu de société se joue en équipe et a recours au mime, au dessin et à un système de questions-réponses.

Quand le gant de toilette reste sec permet d'introduire une médiation dans un aspect de la vie quotidienne souvent difficile à aborder avec les patients pour les équipes soignantes. En effet, il existe une réelle difficulté d'auto-évaluation pour les patients, pour qui le rapport au corps est parfois modifié. Ce jeu permet de connaître les représentations des patients sur l'hygiène, de les informer sur le sujet et d'aborder la question de l'image du corps et du ressenti. Il permet d'ouvrir le dialogue et de faciliter les échanges dans une ambiance ludique.

Cet outil s'appuie donc sur un jeu de société pour aborder la façon dont les patients peuvent prendre soin d'eux. Il est à noter qu'il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude sur cet outil.

#### b) Jeu destiné à la population générale

Plein la tête s'appuie sur la mécanique du Bingo<sup>90</sup>. Il permet à l'animateur de faire un tour d'horizon des thèmes propres à la santé mentale et d'initier une réflexion

personnelle sur le vécu, les émotions, les idées préconçues au sujet des patients souffrant de pathologies psychiatriques, pour permettre l'échange et le dialogue. Il favorise l'expression des représentations psychiatriques, des expériences vécues, des stéréotypes et des idées préconçues. L'objectif de l'outil est de mettre des mots sur la santé et la maladie mentale, d'initier une réflexion personnelle et collective, d'informer sur les symptômes psychiatriques, les médicaments, les thérapies, et également de remettre à plat certains stéréotypes ou idées préconçues.

Le jeu a donc un but éducatif vis-à-vis de la psychiatrie de manière générale, utilisant l'échange et le dialogue pour mettre à mal les stigmatisations anciennes, et souvent ancrées, de cette discipline. Il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude portant sur ce jeu.

### c) Jeux destinés aux professionnels de santé

#### i) Trivia-psychotica

Le jeu Trivia-psychotica a été conçu par Sean Kelly pour faciliter l'apprentissage des troubles psychotiques dans le cadre d'un enseignement d'infirmiers<sup>91,92</sup>. Il se joue en équipe et se base sur les règles du Trivial Pursuit. Il existe cinq thèmes de cinquante cartes chacun : schizophrénie, psychose affective, psychose organique, pharmacologie, divers. Les équipes ont quinze secondes pour répondre.

Une étude, contrôlée, randomisée, a été menée pour investiguer les effets de ce jeu dans l'enseignement et l'apprentissage de trente-quatre étudiants infirmiers irlandais, en formation depuis plus de 18 mois. Un test de soixante questions permettait de constater l'évolution des participants sur leurs connaissances psychiatriques. Les résultats au test du groupe joueur se sont significativement améliorés après l'intervention. Ce n'était pas le cas du groupe contrôle.

Ainsi, Trivia-psychotica semble utile dans l'apprentissage de la psychiatrie des étudiants infirmiers. Par l'utilisation du jeu, les joueurs évoluent dans un environnement non menaçant, et sont encouragés à se tester, ce qui les aide à apprendre.

#### ii) Entraide & MOI

Entraide & MOI est un jeu de plateau qui permet à chaque joueur d'incarner, pendant 1h30, l'un des vingt personnages en souffrance disponibles dans le jeu pour traverser des événements de vie difficiles mais réalistes, proches du vécu des usagers de santé mentale<sup>93</sup>. Le jeu est collaboratif et permet à tous les joueurs d'aider chacun des personnages à surmonter ses épreuves au moment où ces derniers les rencontre.

Les auteurs du jeu sont partis du principe que toute souffrance psychique, et toute maladie psychiatrique, se manifeste essentiellement à travers des événements

de vie, à travers la manière dont un sujet les vit, les ressent, et les surmonte, selon ses moyens physiques et psychologiques.

Le jeu s'adresse aux professionnels de première ligne (aides familiales, infirmières, éducateurs de rue,...) dans un but de sensibilisation aux problématiques de santé mentale et de la psychiatrie. Il permet de mieux appréhender les besoins des personnes en souffrance, pour que ces dernières soient mieux comprises, entendues et acceptées, sans jugement. Le jeu, tout en restant ludique, ouvre à la réflexion, valorise l'entraide, et permet de mieux comprendre la diversité des offres de soins. Il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude portant sur ce jeu.

Pour conclure, les jeux de société à visée éducative peuvent toucher un public très large : patients souffrant de pathologies psychiatriques, grand public, professionnels de santé. Leurs objectifs sont aussi très variés puisqu'on s'adresse tantôt aux capacités sociales, à l'hygiène, à la déstigmatisation de la psychiatrie, ou encore à la sensibilisation et à la formation à la psychiatrie.

## 4) Le jeu comme stimulation de la cognition sociale

### a) Compétence

Compétence est un jeu de société créé par Favrod *et al.* en 1992 et qui a pour objectif d'entraîner les habiletés sociales des patients souffrant de pathologies psychiatriques<sup>94,95</sup>. Il requiert au moins quatre joueurs dont un professionnel qui accompagne et qui joue avec les patients. Il n'est pas nécessaire d'avoir reçu une formation au préalable, la lecture des règles suffit.

Le jeu se compose d'un plateau et de cartes. Les joueurs avancent sur le plateau avec des dés. La case sur laquelle ils tombent permet de savoir quel type de cartes ils doivent tirer. Il existe trois types de cartes. Tout d'abord, les cartes questions, qui doivent être lues à haute voix puis débattues. Un ou deux points sont attribués en suivant une échelle fournie. Ensuite, les cartes situations demandent à deux joueurs d'incarner brièvement un rôle. Selon un système de notation pré-établi (prestation, évaluation des autres joueurs), un ou deux points sont donnés. Si le joueur n'obtient pas deux points, il peut tenter de les gagner en rejouant la situation à nouveau en y intégrant les suggestions faites par les autres joueurs. Enfin, les cartes problèmes, qui demandent à un joueur de trouver la solution à une situation problématique en quelques secondes. Un ou deux points sont donnés selon un système de notation encourageant l'amélioration des propositions du patient. Tout au long de la partie, l'animateur devra encourager les joueurs à participer et devra participer lui-même au jeu pour servir de modèle. Il donnera explicitement le droit à l'erreur, à l'hésitation, à la maladresse. Il devra éviter les critiques et empêcher que les joueurs se fassent des remarques négatives entre eux.

Une étude pilote ouverte a été menée. Les joueurs ont été évalués par le test V-LIS (Versailles-Lecture intentionnelle en situation) avant intervention, puis après dix séances, et enfin, à 6 mois. Le test a présenté six extraits de films de 10 à 70

secondes. Chaque scénario était suivi d'une question sur l'intention implicite d'un des acteurs. Cinq interprétations devaient être classées par les patients par ordre de probabilité croissante, puis ces derniers devaient expliquer leurs choix. Parmi les treize patients inclus, la V-LIS s'est légèrement améliorée après l'intervention (taille d'effet  $d = 0,33$ ) et les résultats se sont significativement améliorés à 6 mois ( $d = 0,46$ ).

Ces résultats sont à prendre avec précaution car l'étude n'était pas contrôlée et l'échantillon était de petite taille. Toutefois, ils montrent que Compétence peut être un outil intéressant pour entraîner les habiletés sociales des patients souffrant de pathologies psychiatriques.

## b) Feelinks (Feelings)

Feelinks, anciennement appelé Feelings, est un jeu inventé en 2012 par Jean-Louis Roubira et Vincent Bidault, à destination, dans un premier temps, des services de soin pour adolescents. Le jeu est maintenant édité pour le grand public et peut se trouver dans le commerce. Le jeu se base sur la reconnaissance d'émotions chez soi et chez les autres, utilisant donc la théorie de l'esprit.

À chaque tour, des binômes sont formés, de sorte que les « couples » changent tout au long de la partie. Huit cartes émotions parmi vingt-quatre sont mises face visible sur la table. Un joueur pioche une carte « situation » qu'il lit aux autres. Les situations présentées sont volontairement sujettes à plusieurs émotions possibles. Chaque joueur doit ensuite choisir l'une des émotions visibles qui correspond, pour lui, à la situation. Chacun des joueurs mise ensuite sur celle qu'il pense choisie par son partenaire. Des points sont accordés si l'émotion du partenaire a bien été retrouvée. Ainsi, Feelinks permet d'aborder les émotions de manière ludique et sans enjeu.

Le jeu est souvent utilisé chez l'enfant, comme par exemple dans l'étude prospective contrôlée de Fougeret-Linlaud, qui a pu montrer une diminution de la victimisation et des élèves harceleurs à l'école grâce au jeu<sup>96</sup>. Toutefois, le jeu a toute sa place en psychiatrie de l'adulte, comme le démontrent C. Paillard et M. Pasquet<sup>39</sup>. En effet, pendant six mois, le CH Henri-Laborit, qui est un foyer de post-cure et de réhabilitation psychosociale, a mis en place un atelier thérapeutique pour trois jeunes adultes ayant des troubles psychotiques débutants. L'objectif était de travailler sur la cognition sociale des patients, que ces derniers prennent conscience de leurs difficultés sociales, qu'ils améliorent leurs aptitudes relationnelles et qu'ils s'inscrivent dans une aventure collective. Le début de l'atelier a consisté à réadapter le jeu. Les cartes situations ont été réécrites pour qu'elles soient adaptées à des jeunes adultes souffrant de psychose. De même, les cartes émotions ont été refaites sur la base de photos des joueurs et des soignants. Chaque séance commençait par un tour de table permettant aux participants de s'exprimer, puis l'atelier commençait. À la fin de la séance, les joueurs étaient invités à faire un bilan de leur ressenti. Des objectifs étaient également définis pour la séance suivante. Trois tests ont été menés avant et après le programme : évaluation de l'expressivité émotionnelle (EES), mesure de l'intensité affective (AIM), reconnaissance faciale des émotions (Faces Test). De plus, une évaluation des fonctions cognitives et des compétences sociales

des patients a été menée par un neuropsychologue. Les éléments suivants se sont améliorés grâce au jeu : la reconnaissance des émotions et de leur expression, chez soi et chez l'autre, la prise de conscience du pouvoir du langage non-verbal, la spontanéité dans les prises de parole et dans l'expression émotionnelle, et enfin, la confiance en soi.

Ainsi, par la verbalisation des émotions et leur partage, le jeu Feelinks semble améliorer les habiletés sociales et la cognition sociale des patients souffrant de schizophrénie. Il semble toutefois nécessaire de mener d'autres études contrôlées randomisées pour confirmer ces résultats.

### c) Le qu'en dit-on ?

Le qu'en dit-on ? est un jeu de société créé en 2003, par une équipe psychiatrique du SMPR d'Angers<sup>97-99</sup>. Au départ, ce jeu était spécifiquement destiné aux patients auteurs de violences sexuelles. Le postulat de base était que la violence sexuelle renvoie à une attaque du lien social et de la relation à l'autre. C'est pourquoi, le jeu aborde la question de la violence sexuelle, non pas par le biais de la sexualité, mais par le biais des valeurs qui fondent le lien social. Ainsi, le jeu a été créé pour permettre de médiatiser les échanges sur le thème de la violence, du lien à l'autre et à la loi, pour que les joueurs en prennent conscience et puissent éventuellement se distancier de leurs conduites violentes. Aujourd'hui, le jeu s'adresse à des sujets présentant des problèmes de violence généraux, sexuels ou non.

Le jeu est composé de soixante cartes décrivant une situation relationnelle en une courte phrase. Ces cartes sont regroupées en six thèmes : conduites addictives, responsabilité parentale, circulation routière, questions de femmes, violence, et sexualité. Les situations présentées sont volontairement floues et sujettes à plusieurs interprétations possibles pour échanger les analyses des joueurs.

Un tour de jeu se déroule comme suit : un joueur lance le dé qui définit le thème de la carte. Il la lit ensuite à haute voix et la place sur une des affichettes en argumentant son choix. Il existe quatre affichettes : Acceptable, Discutable, Non acceptable, Interdit par la loi. Dans un deuxième temps, les autres joueurs sont invités à donner leur point de vue en l'expliquant. Des informations liées à cette situation issues d'un livret juridique sont ensuite données et un temps d'échange est permis. Enfin, le premier joueur choisit s'il veut repositionner sa carte ou non. La réponse n'est pas jugée.

Le jeu permet deux approches : une approche éducative puisqu'il permet de rappeler les lois sur le thème de la violence, du risque et de la sexualité, mais également une approche psychothérapeutique, puisque le jeu met l'accent sur la dynamique de groupe instaurée au fil des séances en faisant réfléchir, discuter et interagir les patients.

### d) El tren

El Tren, ou The Train, est un jeu inventé par Torres *et al.* pour les patients atteints de schizophrénie<sup>100</sup>. Le jeu se joue en 60 à 90 minutes et simule un voyage

en train dans lequel des problèmes inattendus sont rencontrés et résolus chaque fois que le train traverse une gare. Les patients forment quatre équipes de deux à quatre joueurs. Les joueurs de chaque équipe lancent à tour de rôle les dés et se déplacent sur le plateau pour atteindre les gares. À la gare, le joueur prend une carte test qui présente le problème que l'équipe doit essayer de résoudre, tel que : « Le vagabondage et la mendicité sont des symptômes de grave détérioration sociale et personnelle. Quels sont les autres signes de détérioration ? » ou « Récitez les mois de l'année à l'envers. ». Bien répondre à ces questions rapporte des points. A la fin, l'équipe qui a plus de points gagne.

Les patients développent ainsi des compétences de résolution de problèmes, de communication et d'autogestion de la maladie. Ils apprennent à distinguer les situations positives des situations négatives. De plus, le jeu utilise des techniques de remédiation cognitive conçues pour surmonter les déficits d'apprentissage des patients. Le jeu est décrit comme ayant plusieurs caractéristiques qui le rendent idéal avec les patients atteints de schizophrénie. Il s'appuie sur le renforcement positif et le conditionnement dans une réflexion comportementale, il met l'accent sur la répétition et l'apprentissage procédural, et il est amusant et divertissant, ce qui mobilise les patients qui ont des symptômes négatifs de schizophrénie.

Une étude contrôlée, randomisée a été menée pendant six mois sur trois groupes. Les cinquante-neuf participants ont été répartis au hasard dans l'un des trois groupes. Un groupe (N = 19) a participé à un programme qui comprenait El Tren (une heure par semaine), un entraînement aux habiletés sociales, ainsi qu'un entraînement des compétences psychomotrices et de l'ergothérapie. Le deuxième groupe (N = 16) a participé aux mêmes activités, sauf au jeu El Tren. Le troisième groupe (N = 14) n'a participé qu'à l'ergothérapie. Le critère de jugement principal était une échelle de fonctionnement social (Social Functioning Scale) composée de sept sous-échelles. Le groupe joueur s'est significativement amélioré dans quatre sous-échelles : le retrait social, le fonctionnement interpersonnel, les activités récréatives, et le travail. De plus, le fonctionnement interpersonnel de ce groupe s'est significativement amélioré par rapport aux deux autres et le retrait social du groupe joueur s'est significativement amélioré par rapport au troisième groupe.

Ainsi, le jeu El Tren semble être un bon outil pour améliorer les compétences sociales, en association à d'autres prises en charge de réhabilitation psychosociale. Malheureusement, le jeu ne semble pas édité et est resté utilisé au niveau local.

Au total, plusieurs jeux de société s'avèrent intéressants pour améliorer spécifiquement la cognition sociale. Mais les jeux de société ont par définition une visée d'entraînement social. C'est ce qui a été montré par Libermann *et al.* en 1989<sup>101</sup>. Le simple fait de jouer exige des interactions sociales et peut entraîner une augmentation de la fréquence des conversations spontanées dans un groupe de patients atteints de schizophrénie. Cet entraînement, grâce au cadre constitué par les règles du jeu et du jouer ensemble, permet aux patients d'acquérir des outils pour mieux interagir avec l'autre.

En conclusion, il existe de nombreux jeux créés pour la psychiatrie ayant des effets thérapeutiques variés. Ces effets s'observent au niveau éducationnel et au niveau de la cognition sociale. Ils permettent d'aider à gérer les actes de violence, les addictions ou les hallucinations, ou encore à retracer l'histoire familiale dans les thérapies systémiques.

## Conclusion Section 1

En somme, les jeux ont intéressé de nombreuses personnes qui ont essayé de classifier et de théoriser leur pratique. Les jeux ont depuis longtemps une place prégnante chez l'enfant et sont régulièrement utilisés dans un cadre éducationnel et social. Progressivement, les psychanalystes les ont associés au développement psychodynamique de l'enfant. Les jeux ont ainsi été utilisés en psychothérapie et ont même été reconnus comme étant leur fondement.

Plus tard, les jeux de société ont été utilisés en tant que média dans les institutions psychiatriques adultes sous forme d'ateliers ou d'activités. En tant que média, ils permettent de créer un tiers à la relation. Ils peuvent être utilisés comme soutien à la parole et à l'élaboration dans le cadre d'une psychothérapie et permettent ainsi d'accéder au vécu intérieur du patient. De plus, les émotions vécues sont contenues par le média, et le groupe, le cas échéant. Par ailleurs, lorsqu'ils sont utilisés dans les thérapies systémiques, les jeux de société permettent de verbaliser et de symboliser la relation à l'autre. Par le jeu, le patient donne une place à l'autre pour trouver la sienne, du jeu vers le Je.

Les jeux de société ont des objectifs variés en psychiatrie adulte. On les retrouve comme outils dans trois types de psychothérapies : la psychanalyse, les TCC, et les thérapies systémiques. En plus de leurs effets sur la symptomatologie anxio-dépressive chez le sujet âgé, ils peuvent avoir des objectifs éducationnels, et s'intéresser au social, à l'hygiène, à la déstigmatisation de la psychiatrie, ou encore à sa sensibilisation. Ils pourront avoir pour objectif la remédiation cognitive, l'amélioration de la cognition sociale, ou la gestion des actes de violence, des addictions ou des hallucinations. Dans le cadre de la remédiation cognitive, les effets des jeux touchent les patients de tous âges et peuvent porter sur le raisonnement, l'attention, la mémoire de travail et visuelle, les fonctions exécutives, la métacognition. Concernant les patients atteints de schizophrénie, huit fonctions cognitives principales ont été identifiées comme déficitaires : la mémoire de travail, l'attention, la compréhension verbale, l'apprentissage et la mémoire verbale, l'apprentissage et la mémoire visuelle, le raisonnement, la vitesse de traitement, et enfin, la cognition sociale. Selon les études que nous avons décrites, cinq de ces huit fonctions (mémoire de travail, attention, apprentissage et mémoire visuelle, raisonnement, cognition sociale) sont stimulées par les jeux de société chez les patients atteints de schizophrénie. Le jeu de société est donc un média dont la force thérapeutique est vaste. C'est pourquoi, il a toute sa place dans la réhabilitation psychosociale des patients souffrant de pathologies psychiatriques.

Malgré ces nombreux effets, certains aspects n'ont jamais été étudiés. Il semble évident que les jeux de société ont un impact encore plus fort que ceux décrits par les études précédemment nommées. Ces effets semblent s'étendre sur la gestion de la frustration et de la colère lors d'une défaite, sur l'apprentissage d'une culture en ce qui concerne les jeux de questions, sur les habiletés motrices pour les jeux d'adresse, sur la compréhension et l'apprentissage d'un langage écrit

et oral pour les jeux de mots. Par leur caractère ludique, les jeux sont en outre stimulants : les patients prennent du plaisir à jouer et cela leur donne l'envie de participer, ce qui les fait sortir de leur apragmatisme. Les jeux permettent ainsi de remettre en marche la pensée et la réflexion. Il est également probable qu'ils aient des effets sur les symptômes anxio-dépressifs chez l'adulte.

Bien que ces résultats soient très encourageants, il est nécessaire de mettre en place d'autres études pour confirmer l'ensemble des effets thérapeutiques décrits. En effet, quand elles existent, les études sont fréquemment subjectives, reposant sur des hypothèses, des ressentis, sans analyse statistique. Quand ces analyses sont menées, l'étude est de faible puissance et rarement contrôlée et randomisée. Se pose alors le problème suivant : il existe une telle variété de jeux de société qu'il n'est pas possible d'avoir des études quantitatives sur chacun d'entre eux. Ainsi, beaucoup des jeux présents en psychiatrie ne sont pas étudiés. En effet, les jeux de société, aussi bien développés pour le grand public que créés pour la psychiatrie, sont souvent utilisés dans le cadre d'une réflexion théorique et non en lien avec des études.

Ainsi, il apparaît comme important de recenser les différentes pratiques relatives à l'utilisation des jeux de société et plus particulièrement dans les structures de soins à temps partiel en Haute Garonne. Il serait intéressant d'inventorier les jeux joués, et d'essayer de retracer les intérêts thérapeutiques que les soignants leur attribuent. C'est pourquoi, dans la suite de ce travail, nous nous sommes appliqués à faire un état des lieux concernant la place des jeux de société dans les structures de soins à temps partiel des patients de psychiatrie adulte en Haute Garonne.

## **Section 2 : Etat des lieux de l'utilisation des jeux de société dans les structures de soins à temps partiel des patients de psychiatrie adulte en Haute Garonne**

### **A/ Introduction**

Les structures de soins à temps partiel comme les CATTP, les HDJ, les CPC sont des lieux où les médias sont massivement utilisés. Bien que l'utilisation de ces médias ait tendance à se protocoliser, leur pratique est parfois héritée d'habitudes, voire de traditions. C'est pourquoi, dans la première partie de cette thèse, nous avons tenté de théoriser l'apport des jeux de société pour préciser leur champs d'action. Malgré des effets variés, les études portant sur les jeux de société sont souvent menées au niveau régional voire local et il existe très peu d'études expérimentales. De plus, ces études sont peu mises en avant et semblent peu connues des soignants. C'est pourquoi nous pouvons nous demander comment les soignants utilisent les jeux de société dans ces structures. Il nous paraît également nécessaire de mieux cerner les attentes des soignants lorsqu'ils proposent des médias, et de préciser les contours théoriques qu'ils mettent en place. Y a-t-il une visée cognitive dans l'utilisation des jeux, ou sont-ils utilisés dans un but ludique et d'habileté sociale. Leur utilisation est-elle protocolisée ou sont-ils simplement laissés à disposition des patients ? Quels bénéfices sont recherchés et constatés par les soignants dans l'utilisation des jeux ?

En somme, comment sont utilisés les jeux de société en psychiatrie adulte dans les structures de soins à temps partiel dans le département de la Haute Garonne ?

## B/ Matériel et Méthodologie

Pour répondre à ces questions nous avons mené une étude descriptive, transversale à l'aide d'un questionnaire que nous avons développé (Annexe 1). Nous avons adressé ce questionnaire aux structures de soins à temps partiel de psychiatrie adulte. Pour limiter le nombre de structures interrogées, nous avons choisi d'inclure uniquement les services de la Haute Garonne. Ces structures correspondent à des hôpitaux de jour (HDJ), des centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) et des centres post-cure (CPC). Ces structures sont aussi bien rattachées au public, c'est-à-dire au Centre Hospitalier Gérard Marchant (CHGM) et au Centre Hospitalo-Universitaire de Purpan (CHU), qu'aux structures privées. Les centres de consultation, les centres médico-psychologiques et les structures d'hospitalisation à temps complet n'ont, quant à eux, pas été retenus pour ce travail. Le questionnaire a été envoyé par mail aux médecins chefs de pôle, aux médecins référents et aux cadres de santé des différentes structures. Le premier envoi du questionnaire a été fait le 14 avril 2020. Un deuxième envoi a été fait le 27 mai 2020. Un appel téléphonique à chaque cadre de santé a permis de valider la bonne réception de ce mail et de mettre en avant l'intérêt de ce travail. Un troisième rappel a été fait le 22 juin 2020. Le questionnaire a été ouvert pendant 3 mois du 14 avril au 14 juillet 2020.

Le questionnaire a été saisi dans un google form. Du fait que les questions n'étaient pas spécifiquement associées à des patients, le questionnaire n'était pas soumis à la loi Jardé (n°2012-300) et n'a pas nécessité de passage devant le Comité de Protection des Personnes.

Le questionnaire est constitué de cinquante-huit questions et comporte des embranchements, c'est-à-dire que certaines questions donnent accès ou non à certaines parties du questionnaire. Les questions « pivots », orientant vers une branche ou une autre du questionnaire, sont les suivantes : la question 7 (Avez-vous des jeux de société dans votre service ?) ; la question 15 (À ce jour, avez-vous déjà mis en place des ateliers thérapeutiques utilisant les jeux de société ?) ; la question 42 (Sur des temps informels, les jeux de société sont-ils utilisés dans le service ?). Le questionnaire se termine par quatre questions plus ouvertes, qui ont permis aux soignants qui avaient répondu, de partager leur réflexion sur le jeu et sur le questionnaire. Certaines réponses ouvertes ou non formalisées ont été reformulées pour pouvoir les intégrer à des catégories de réponses uniformisées.

## C/ Résultats

### 1) Information sur les structures et les répondants

Au total, le questionnaire a été envoyé à trente-quatre structures. La liste des structures est fournie dans l'annexe 2. Vingt-deux structures étaient affiliées au CHGM (65% des structures), deux au CHU (6%) et dix étaient des structures privées (29%). Quatorze de ces structures étaient des CATTP (41% des structures), dix-sept étaient des HDJ (50%), et trois étaient des CPC (9%)

Figure 1 : Affiliation des structures incluses

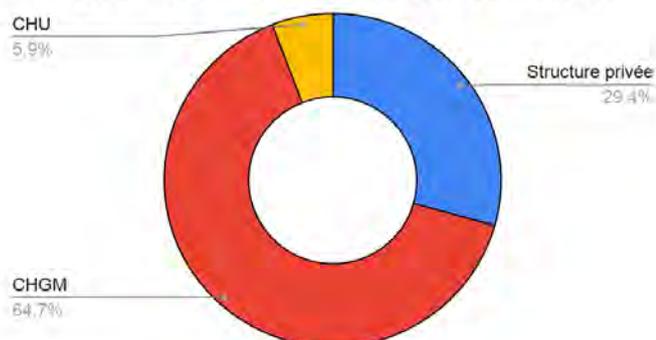
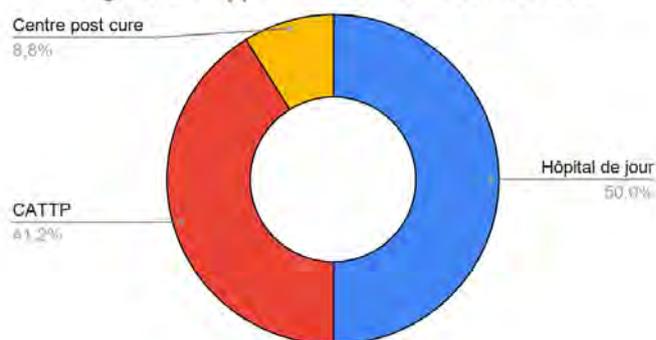


Figure 2 : Types des structures incluses



Nous avons reçu quinze retours à ce questionnaire, parmi lesquels deux retours portaient sur la même structure. Nous avons conservé le retour le plus complet pour l'étude des résultats. Nous avons donc exploité quatorze réponses (41% des structures incluses). Huit réponses venaient de structures du CHGM (57% des réponses), une réponse des structures du CHU (7%) et cinq réponses des structures privées (36%). Cinq réponses venaient des CATTP (36% des réponses), six des HDJ (43%), et six des CPC (21%).

Figure 3 : Affiliation des structures répondantes

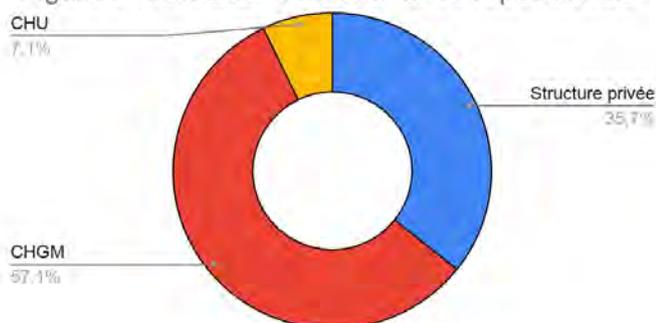
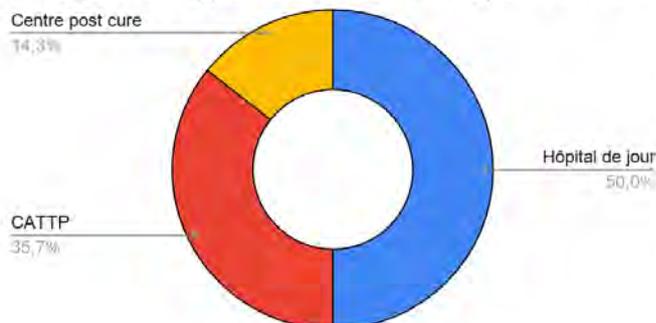


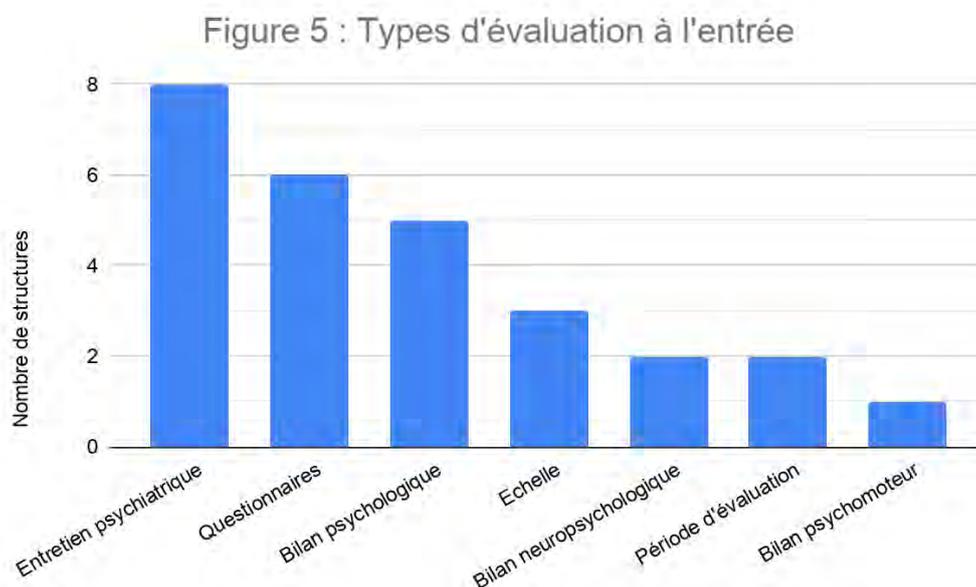
Figure 4 : Types des structures répondantes



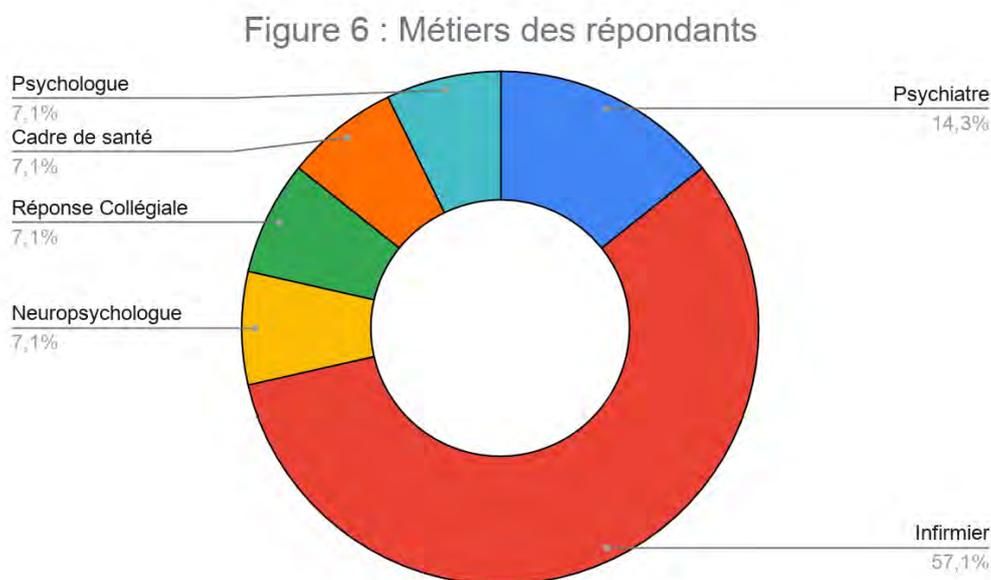
Douze structures sur quatorze évaluaient systématiquement les patients à leur entrée. Une structure ne les évaluait pas, et la dernière ne les évaluait pas s'ils sortaient d'hospitalisation. Le type d'évaluation était très variable. Le plus souvent, elle se présentait sous la forme d'un entretien psychiatrique (8/13 structures). Les questionnaires et les bilans psychologiques étaient aussi utilisés (respectivement 6 et 5 structures). Les évaluations pouvaient se faire sous forme d'échelles (3 structures),

de bilan neuropsychologiques (2 structures) ou de manière pluridisciplinaire sur une période donnée (2 structures, pendant 2 ou 4 semaines). Une seule structure faisait des bilans psychomoteurs à l'entrée des patients.

Concernant les questionnaires utilisés pour évaluer les patients à leur entrée, ces derniers étaient très nombreux. 22 types de questionnaires différents ont été nommés. Ils évaluaient la dépression, le bien être mental, les fonctions exécutives et attentionnelles, la mémoire, l'attention, la cognition sociale, l'estime de soi, l'assertivité, la sexualité, l'autonomie, les difficultés et les besoins du patient, l'insight, ou encore l'observance thérapeutique.



Les personnes ayant répondu au questionnaire étaient souvent des infirmiers (8 réponses sur 14 soit 57%). Deux réponses ont été collégiales. Deux psychiatres, une cadre de santé, une neuropsychologue et une psychologue ont également répondu.



## 2) Jeux présents dans les structures

Les structures avaient quasiment toutes des jeux de société. Seule une structure n'avait pas de jeu de société sur les quatorze ayant répondu. Cette structure n'utilisait pas le jeu de société car elle avait recours à d'autres médias dans le cadre de ses ateliers, et parce que ses temps informels étaient centrés sur la relation, sans recours au média.

Les structures disposaient principalement de jeux pour le grand public (douze structures sur quatorze). Cinq structures avaient des jeux créés pour la psychiatrie. Trois structures avaient des jeux réadaptés par leur service. A noter qu'une structure possédait uniquement des jeux créés pour la psychiatrie, et qu'une structure possédait à la fois des jeux créés pour le grand public, des jeux créés pour la psychiatrie, et des jeux ré-adaptés par le service.

Figure 7 : Types de jeux présents dans les structures

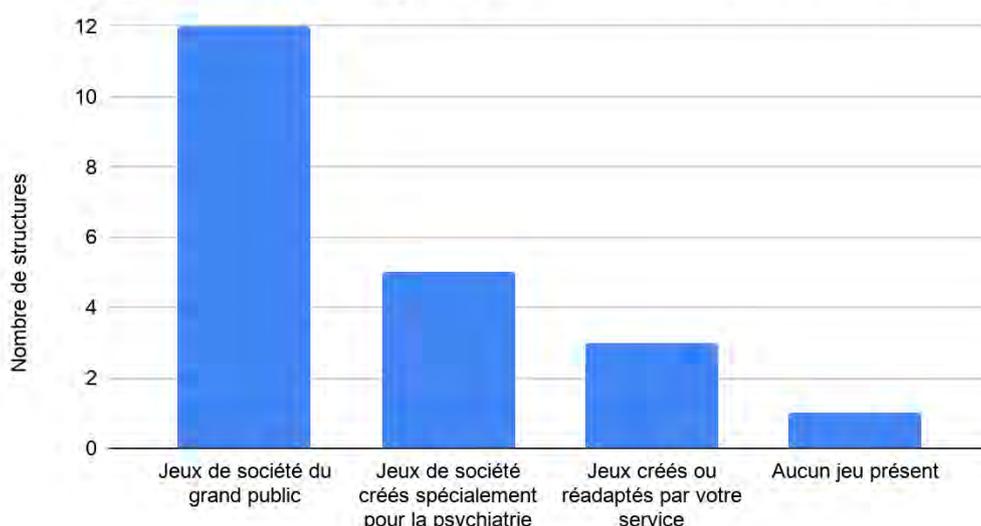
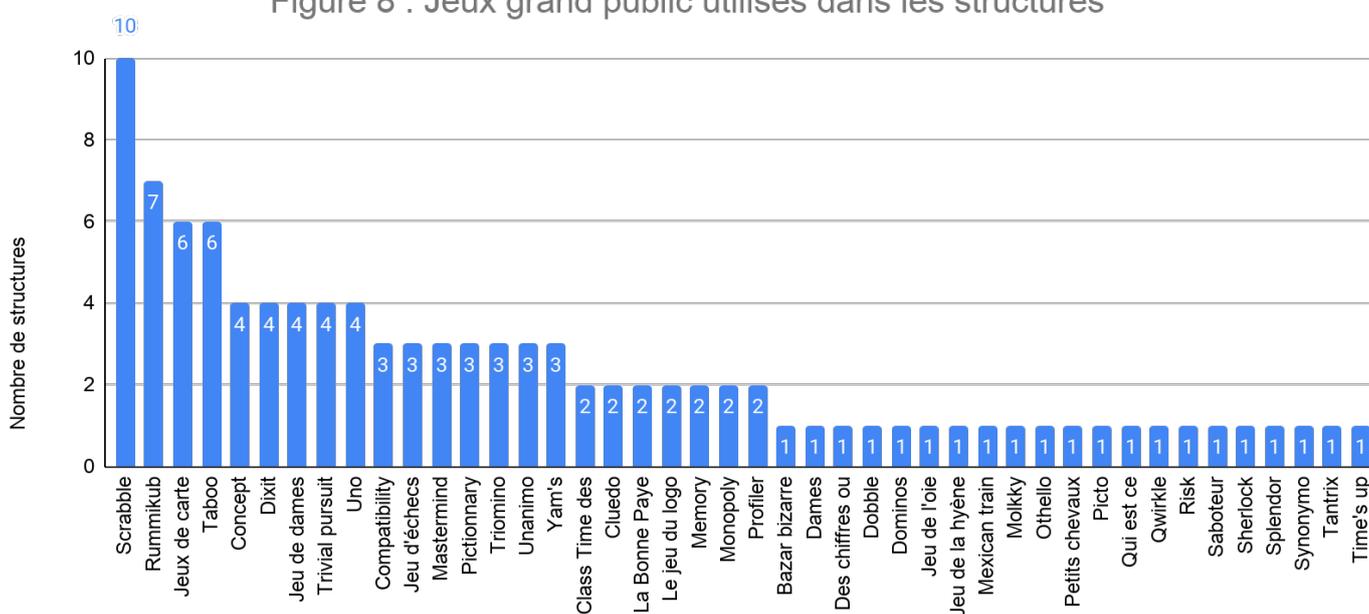


Figure 8 : Jeux grand public utilisés dans les structures



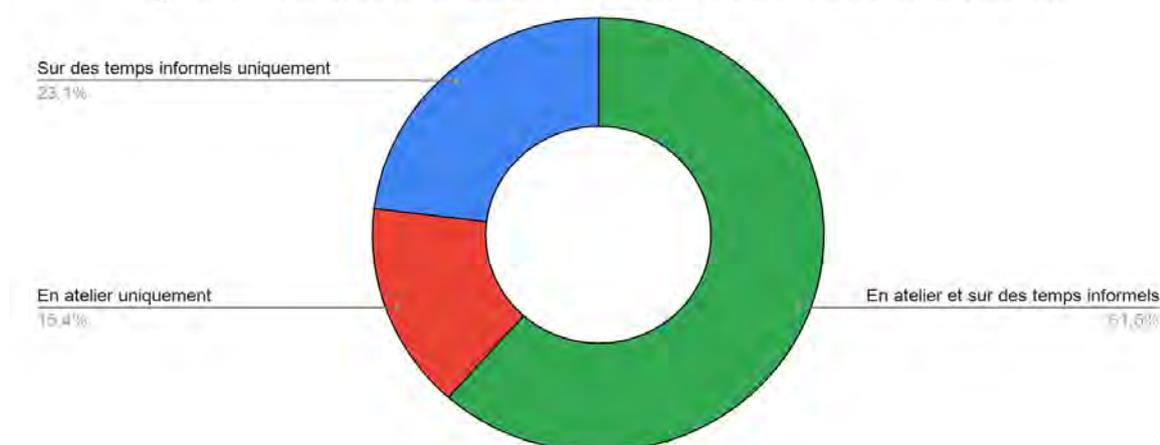
Les structures ont décrit l'utilisation de quarante-quatre jeux grand public différents. Une structure n'a pas pu lister les jeux qu'elle détenait car ces derniers étaient trop nombreux, mais elle a pu décrire l'utilisation de cinquante à soixante jeux par an. Trois réponses comportaient des points de suspension, laissant penser que la liste des structures en question n'était pas exhaustive. Parmi les jeux listés les plus présents, nous pouvons retrouver le Scrabble (dix structures sur douze), le Rummikub (sept), le Taboo (six), les jeux de cartes comme la belote, le rami ou le tarot (six), le Dixit (quatre), le Concept (quatre), le jeu de Dames (quatre), le Trivial Pursuit (quatre) et le Uno (quatre).

Cinq structures utilisaient des jeux spécialement créés pour la psychiatrie. Quatre d'entre elles avaient le jeu Michael's Game. Trois avaient le jeu Feelinks, deux avaient le jeu Compétence. Une structure avait un Jeu de l'Oie utilisé dans le cadre d'un comité d'hygiène pour éduquer les patients aux traitements médicamenteux et à l'hygiène des mains, un autre jeu de société était utilisé comme sensibilisation à la question de l'environnement. Aucune structure n'avait le jeu Sociab'quizz, Le qu'en dit-on ?, El tren, Pick Klop, ou encore le jeu de l'oie systémique. Une structure a pu décrire qu'elle adaptait certains de ses jeux, au niveau des règles et des décomptes des points.

### 3) Cadre de l'utilisation des jeux de société

Dix structures sur les treize qui possédaient des jeux ont déjà mis en place un atelier utilisant les jeux de société. Trois structures ne les ont jamais utilisés dans des ateliers. Parmi ces trois structures, deux disaient vouloir en mettre un en place à court ou moyen terme, et une structure a évoqué des doutes sur l'intérêt thérapeutique des jeux, et a déclaré avoir des difficultés financières à en acheter. Sur les treize structures possédant des jeux de société, onze structures les utilisaient sur des temps informels et deux structures ne les utilisaient pas dans ce contexte. Une d'elles expliquait l'utilisation exclusive des jeux de société en atelier pour l'intérêt du cadre et pour permettre les effets thérapeutiques de ce média. L'autre expliquait l'impossibilité de mettre en place l'utilisation des jeux de société sur les temps informels pour leur public. Au final, huit structures utilisaient les jeux de société dans le cadre d'ateliers et sur des temps informels, deux structures y avaient recours seulement en atelier, trois structures seulement sur des temps informels. Aucune structure n'a de jeu qu'elle n'utilisait pas.

Figure 9 : Cadre de l'utilisation des jeux de société dans les structures

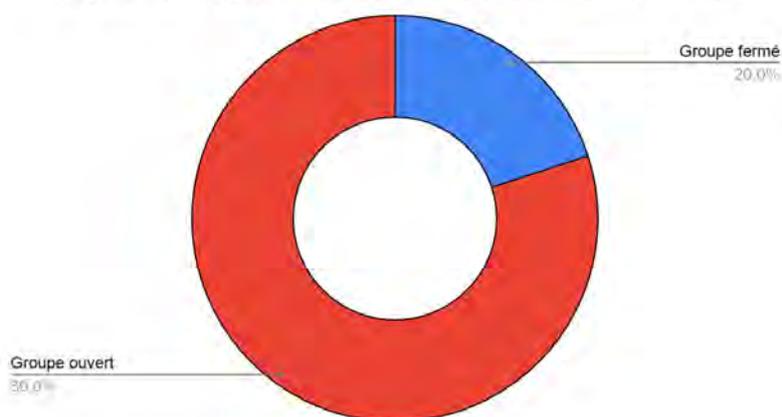


#### 4) Utilisation des jeux de société dans le cadre d'un atelier thérapeutique

##### a) Cadre thérapeutique

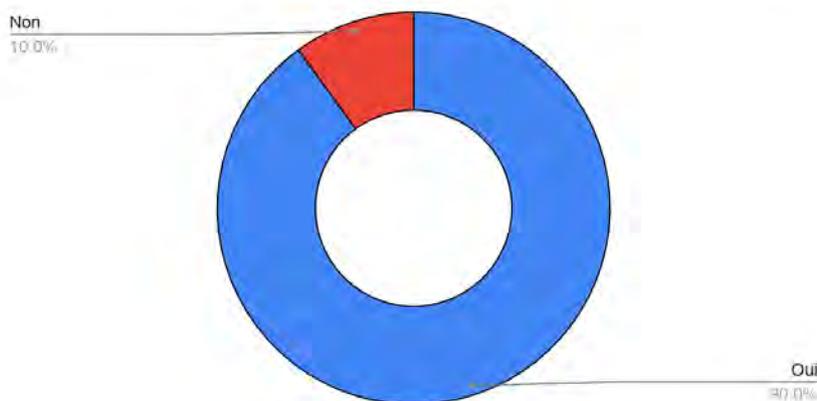
Parmi les dix structures qui mettaient en place des ateliers thérapeutiques, huit utilisaient le jeu dans le cadre de groupes ouverts, c'est-à-dire que chaque patient peut choisir de venir ou non à la séance, et peut ainsi commencer ou arrêter l'atelier en cours d'année. Les deux structures restantes utilisaient les jeux de société dans le cadre de groupes fermés ayant un nombre de séances déterminé en amont de la mise en place de l'atelier. Les cycles d'ateliers de ces deux structures duraient trois mois. Une des deux structures organise trois cycles d'ateliers par an, dont le dernier s'est terminé en décembre 2019. L'autre venait de mettre en place son premier atelier.

Figure 10 : Types d'admission des patients dans l'atelier



La majorité des structures (9 sur 10) écrivait des observations après chacun des ateliers de jeu. Aucune n'a cependant écrit d'article sur le sujet.

Figure 11 : Observation dans le dossier du patient après chaque atelier

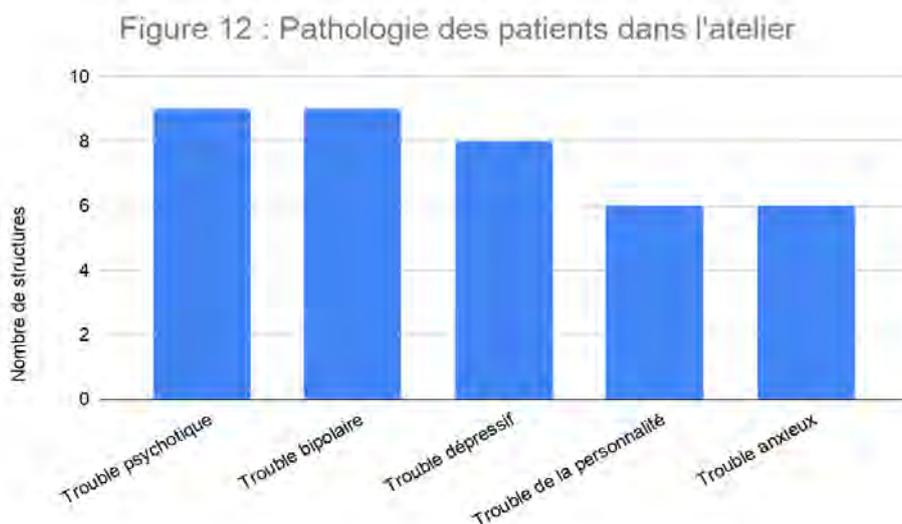


##### b) Les patients

Le nombre de patients accueillis pendant les ateliers pouvait fortement varier d'une structure à l'autre (entre 2 et 15 patients) mais également au sein d'une même

structure (entre 7 et 15 patients par exemple). La moyenne était de 6,9 patients, la médiane était de 6,25 patients et l'écart type était de 3,56.

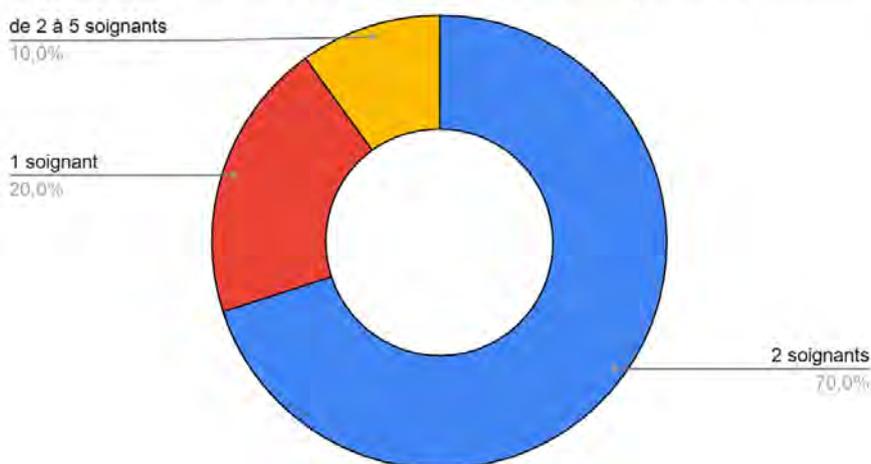
La fréquence des troubles dont souffraient les patients accueillis dans les ateliers était relativement identique. Dans l'ordre décroissant de leur fréquence, les patients avaient majoritairement un diagnostic de trouble psychotique (9 structures sur 10), de trouble bipolaire (9), de trouble dépressif (8), de trouble anxieux (6), ou trouble de la personnalité (6).



### c) Les soignants

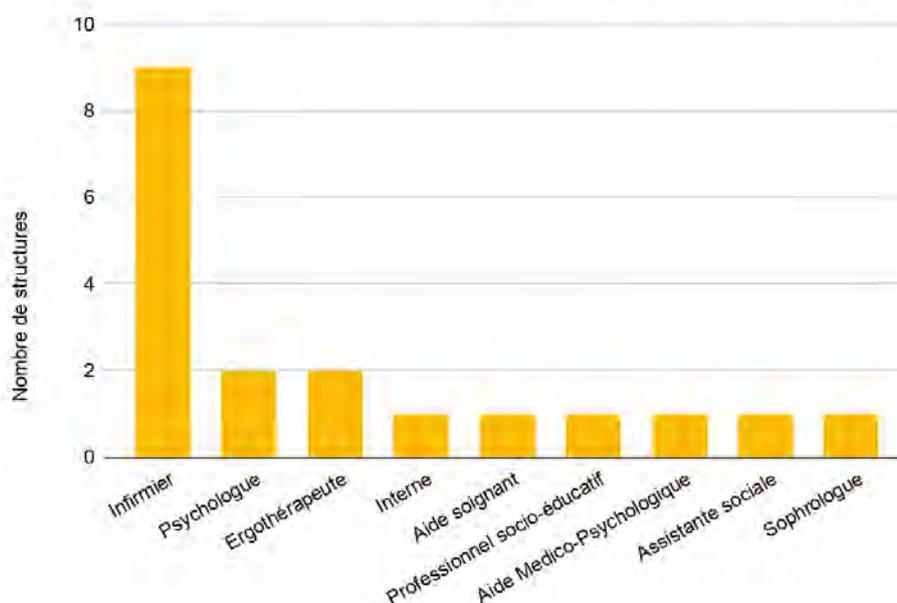
Deux soignants étaient présents dans la majorité des ateliers (7 structures sur 10). Dans deux structures, seul un soignant était présent pendant l'atelier. Enfin, dans une structure, deux à cinq soignants étaient présents.

Figure 13 : Nombre de soignants présents pendant l'atelier



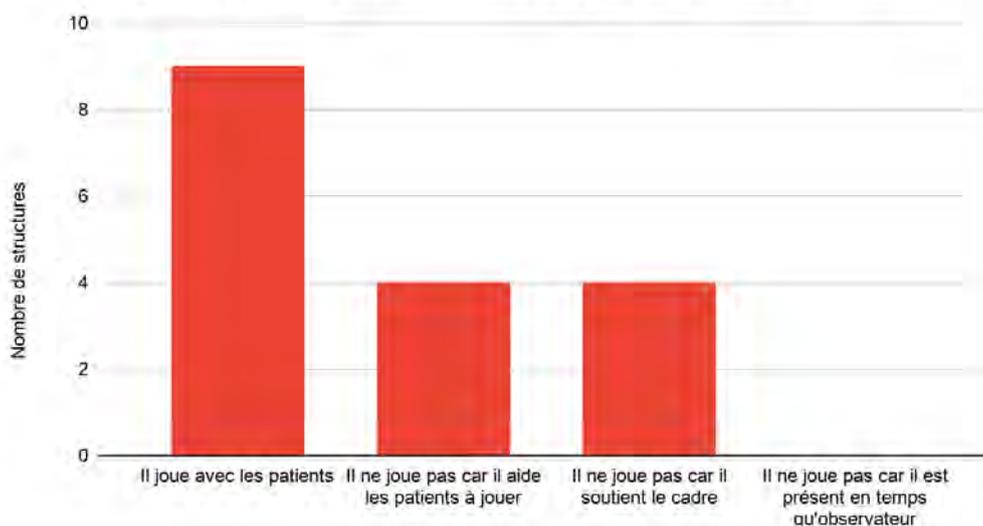
Les infirmiers faisaient très souvent partie des professionnels qui s'occupaient de l'atelier ludique (9 structures sur 10). Beaucoup plus rarement, des psychologues ou des ergothérapeutes pouvaient s'en occuper (2 structures). De manière marginale, d'autres types de soignants étaient en charge de l'atelier : interne en psychiatrie, aide soignant, professionnel socio-éducatif, aide médico-psychologique, assistante sociale, sophrologue.

Figure 14 : Types de soignants présents pendant l'atelier



Dans le cas de neuf structures sur dix, la fonction principale des soignants pendant l'atelier était de jouer. Parfois, ils ne jouaient pas pour aider les patients à jouer (quatre structures) ou pour soutenir le cadre (quatre structures). Dans aucun cas les soignants ne jouaient pas car ils avaient un rôle d'observateur.

Figure 15 : Rôle des différents soignants pendant l'atelier



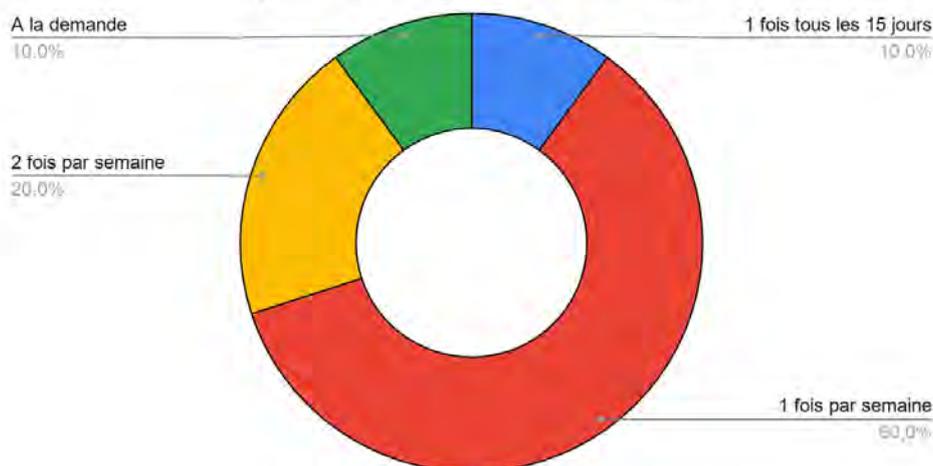
#### d) Temporalité

Concernant la temporalité des séances, la fréquence variait d'une fois tous les quinze jours (une structure sur dix) à deux fois par semaine (deux structures). Majoritairement, les ateliers étaient proposés une fois par semaine (six structures). Une structure proposait l'atelier à la demande ce qui correspond davantage à la définition d'une activité.

La durée des séances variait selon les structures et pouvait aller de 45 minutes à 3 heures. De plus, le temps de l'atelier au sein d'une structure pouvait varier d'une demi heure d'une séance à l'autre. Au final, la grande majorité des

ateliers durait entre 1 et 2 heures. La moyenne était d'1h33, la médiane était d'1h30 et l'écart type était de 36 minutes.

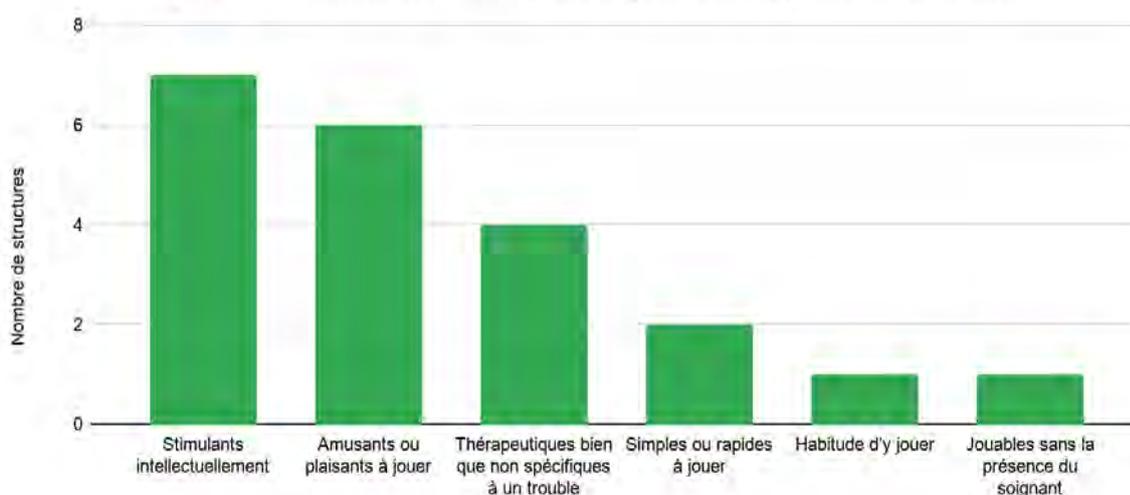
Figure 16 : Fréquence des ateliers



#### e) Choix des jeux

Les dix structures utilisaient un à trois jeux par séance (moyenne = 1,8 et médiane = 2). Le choix des jeux variait à chaque séance pour neuf des structures, et les jeux étaient choisis dans l'ensemble de la ludothèque à disposition. La dixième utilisait le même jeu, Feelinks, à toutes les séances composant l'atelier. Cette structure et une autre choisissaient leurs jeux spécifiquement selon les troubles de leurs patients. La première utilisait le jeu Feelinks pour aider le patient à « développer son lexique émotionnel, son empathie, et l'identification des éprouvés ». Elle décrit que les jeux « ciblent spécifiquement une dimension à travailler, dans une population de personnes ayant des troubles cognitifs (concentration, élaboration, mémorisation, compréhension) ». L'autre structure choisissait les jeux selon leurs intérêts supposés pour le patient. Ils utilisaient les jeux Dixit, Compatibility, Unanimo, Pictionary ou encore Taboo pour améliorer les associations d'idées et les représentations. Les jeux Concept et Profiler étaient utilisés pour améliorer l'organisation des idées et le raisonnement. Les jeux Class Time, le jeu du logo et des marques, et le Trivial Pursuit pour la stimulation cognitive.

Figure 17 : Intérêt non spécifique des jeux utilisés pendant un atelier



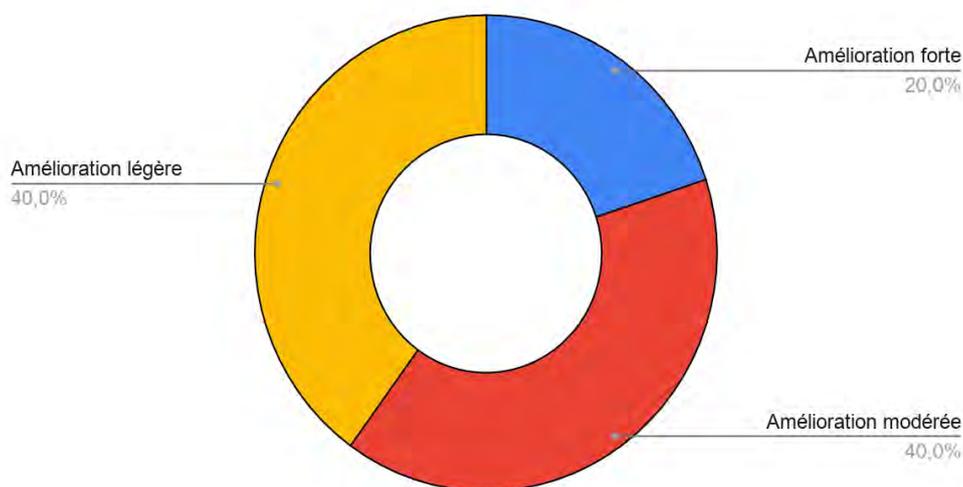
Les huit autres structures utilisaient le jeu dans un intérêt plus global. Sept des huit structures utilisaient des jeux qu'ils pensaient stimulants intellectuellement. Six structures utilisaient des jeux amusants ou plaisants à jouer. L'une d'elle a décrit que le choix du jeu se faisait dans l'intérêt du plaisir collectif. Quatre structures considéraient les jeux utilisés comme thérapeutiques, mais pas vis-à-vis d'un trouble en particulier. Deux structures choisissaient des jeux simples et rapides à jouer. Une structure utilisait des jeux par habitude d'y jouer. Une structure a déclaré choisir des jeux jouables sans la présence du soignant.

#### f) Evaluation et efficacité

Sur les dix structures ayant recours au jeu de société dans leurs ateliers, deux procédaient à une évaluation à la fin d'un cycle. L'une d'elles évaluait l'efficacité des jeux à la fin d'un cycle d'ateliers en faisant passer aux patients du groupe l'échelle PECS-B qui évalue la cognition sociale. La structure a constaté une amélioration légère de la clinique des patients. L'autre structure, utilisant les jeux dans des groupes fermés, faisait passer un questionnaire de satisfaction. Une troisième structure, utilisant elle aussi les jeux dans des groupes fermés, avait comme objectif de mettre en place rapidement une auto et une hétéroévaluation autour de la cognition sociale, des fonctions mnésiques, et de croiser ces résultats avec le vécu des patients.

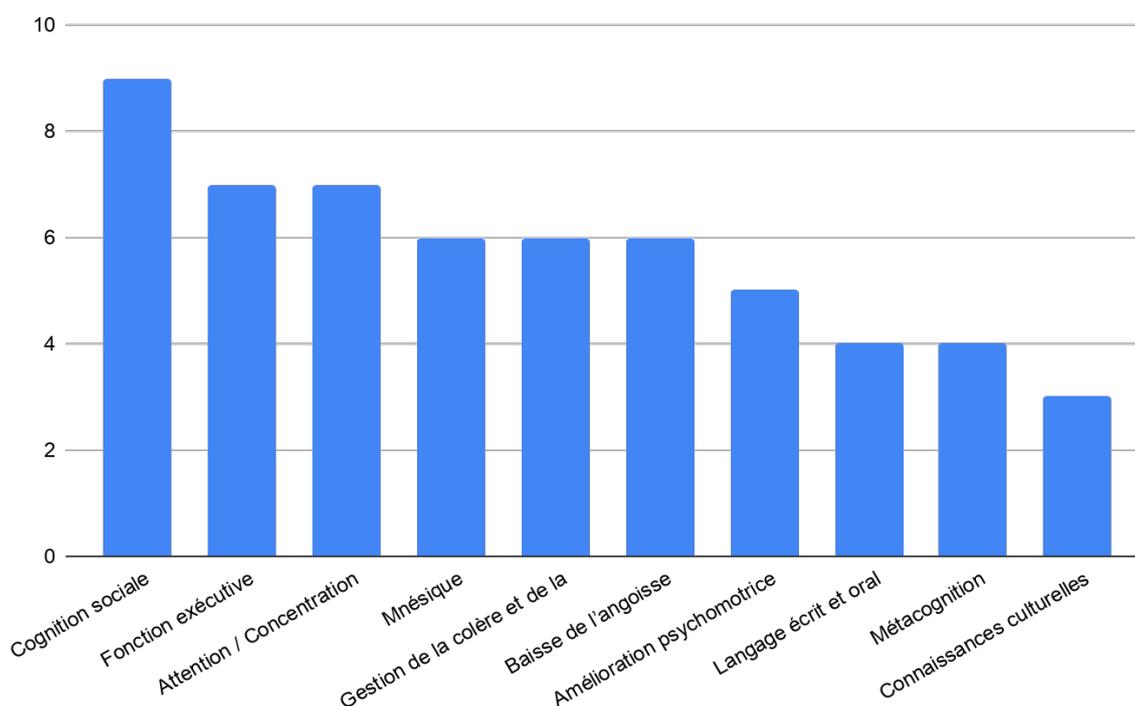
De manière subjective, deux des soignants répondants ont constaté une forte amélioration clinique des patients due au jeu (que l'on associera au chiffre 3), quatre ont remarqué une amélioration modérée (que l'on associera au chiffre 2) et quatre ont noté une amélioration légère (que l'on associera au chiffre 1). Aucun répondant n'a fait part d'une absence d'amélioration ou d'une aggravation de la clinique des patients due aux jeux. La moyenne de ces effets était de 1,8 ce qui correspond à des effets légers à modérés. La médiane était de 2, ce qui correspond à des effets modérés. L'écart type était de 0,79.

Figure 18 : Amélioration subjective des patients due aux jeux de société



Cette amélioration subjective portait sur des éléments différents. Quasiment tous les répondants ont constaté une amélioration de la cognition sociale (9 réponses sur 10) définie dans le questionnaire comme la capacité à prévoir et à expliquer ses propres comportements et celui des autres, et à comprendre les règles sociales. Sept répondants ont constaté des effets sur l'attention, la concentration, et les fonctions exécutives (l'initiation, la logique, l'inhibition, la planification, l'anticipation, la flexibilité cognitive). Six répondants ont relevé des effets sur la mémoire, la gestion de la frustration, de la colère et de l'angoisse. Cinq ont noté une amélioration psychomotrice. Quatre ont observé une amélioration du langage écrit et oral et de la métacognition (décrite comme étant la connaissance de son propre fonctionnement et de celui d'autrui). Et enfin trois ont constaté une meilleure connaissance culturelle. De plus, une structure a spontanément répondu qu'elle observait une amélioration des patients à intégrer un groupe et à y trouver leur place. Une autre a également souligné une amélioration du plaisir à être en groupe.

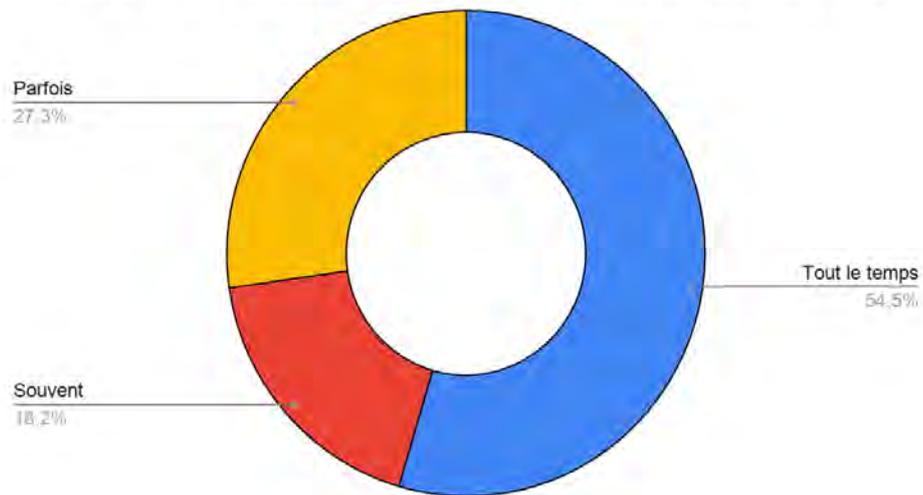
Figure 19 : Amélioration clinique des patients grâce aux jeux de société



## 5) Utilisation des jeux pendant des temps informels

Onze structures utilisaient le jeu pendant des temps informels. Les soignants étaient très souvent présents pendant ces temps informels. Dans six structures sur onze, les soignants étaient tout le temps présents. Pour deux structures, ils étaient souvent présents. Et pour trois structures, ils étaient parfois présents. Pour aucune structure, les soignants n'étaient jamais présents. Si nous associons ces quatre fréquences au chiffre de 0 à 4, la moyenne était de 2,27 et la médiane était de 3. Au final, les soignants étaient entre « souvent et tout le temps » présents.

Figure 20 : Présence des soignants sur les temps informels



Quand ils étaient présents, les soignants étaient souvent seuls (pour huit structures sur onze) et parfois deux (pour les trois autres structures).

Figure 21 : Nombre de soignants présents en moyenne

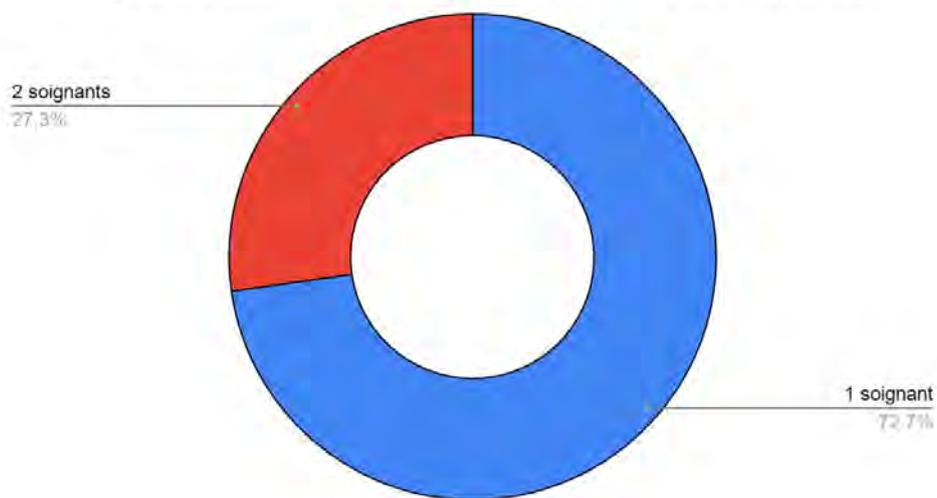
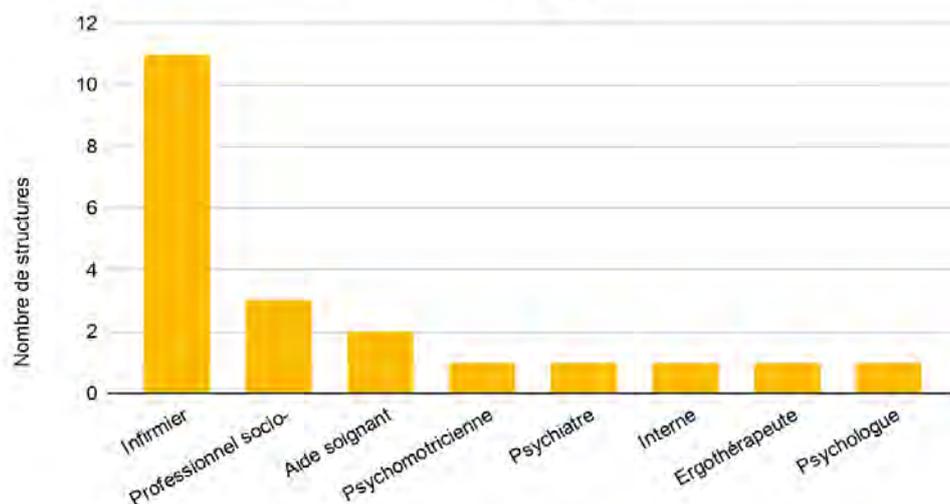


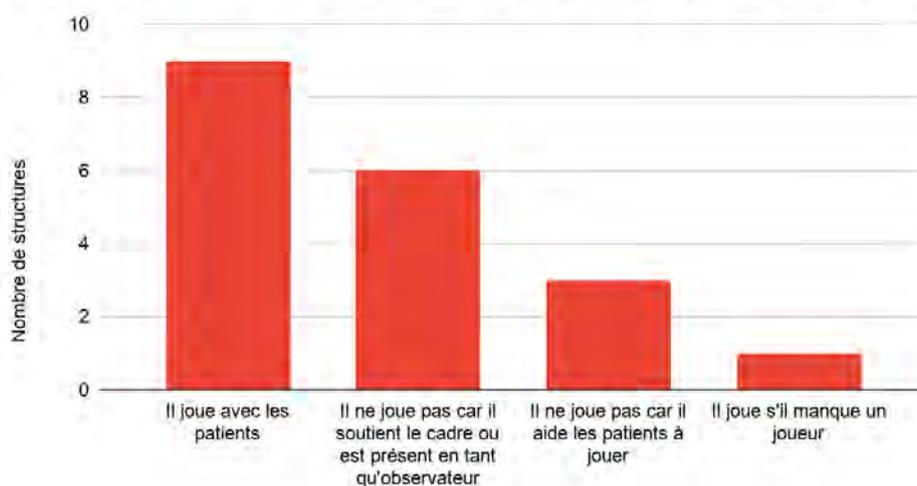
Figure 22 : Profession des soignants présents sur les temps informels de jeu



Les infirmiers faisaient toujours partie des professionnels qui s'occupaient des temps informels. Beaucoup moins fréquemment, les professionnels socio-éducatifs et les aides-soignants pouvaient être présents, à savoir respectivement pour trois et deux structures. Les psychomotriciennes, les psychiatres, les internes, les ergothérapeutes, et les psychologues s'occupaient plus rarement de l'atelier (un par structure).

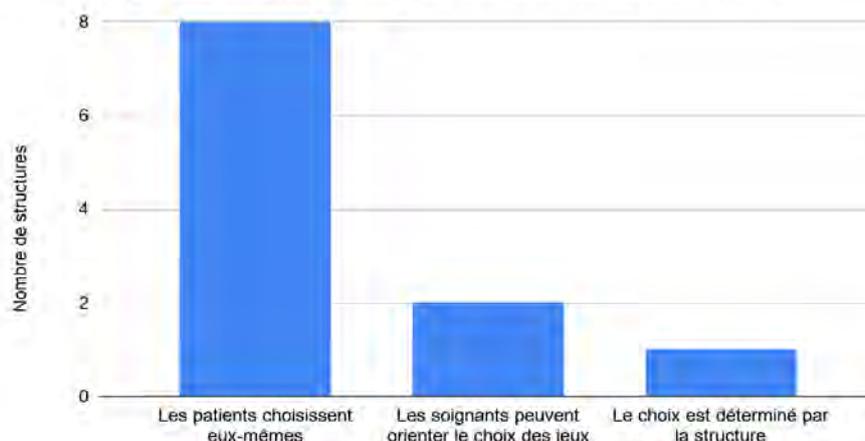
Le rôle des soignants était souvent de jouer avec les patients (9 structures sur 11). Ils pouvaient ne pas jouer pour soutenir le cadre ou observer les patients (6 structures) ou pour aider les patients à jouer (3 structures). Une structure a répondu spontanément que les soignants pouvaient jouer lorsqu'il manquait un joueur.

Figure 23 : Rôle des différents soignants lors des temps informels



Concernant le choix des jeux, les structures le laissaient à la discrétion des patients pour dix structures sur onze. La onzième structure utilisait le puzzle, qui n'est pas tout à fait un jeu de société, comme jeu collectif dans le cadre d'une mise en place institutionnelle. Pour deux structures, les soignants pouvaient ré-orienter le choix du jeu lorsque la situation le nécessitait.

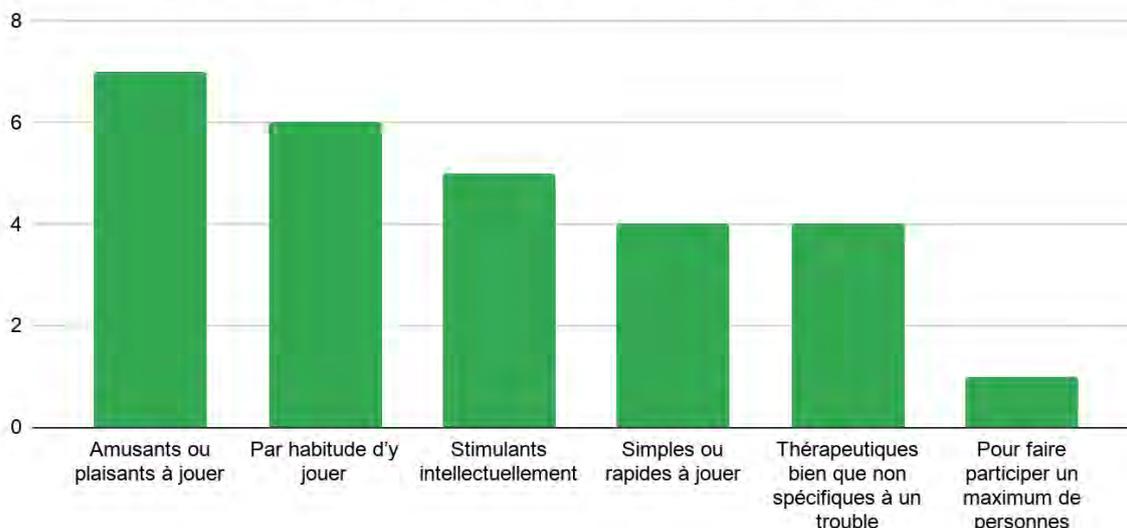
Figure 24 : Choix des jeux sur des temps informels



Pour sept structures sur les huit ayant répondu, les jeux utilisés pendant les temps informels étaient les mêmes que les jeux disponibles dans leurs ludothèques. Une structure avait noté la nécessité que les jeux soient connus des patients, et que la mise en place soit rapide.

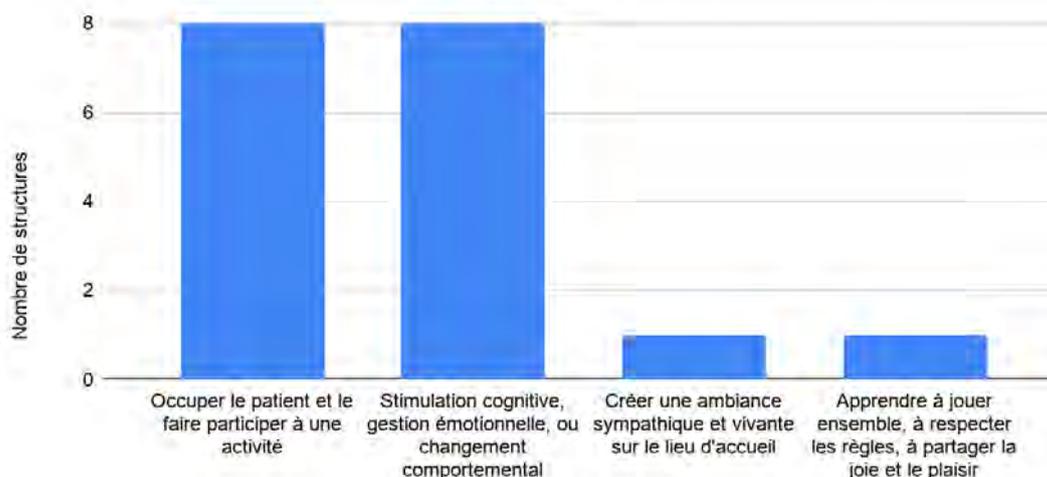
D'après sept structures sur les huit ayant répondu : les jeux joués dans ce contexte étaient choisis parce qu'ils étaient amusants. Pour six d'entre elles, ces jeux étaient joués par habitude, tandis que cinq justifiaient leur utilisation du fait qu'ils étaient stimulants intellectuellement. Ils étaient joués parce qu'ils étaient simples et rapides ou parce qu'ils étaient thérapeutiques pour quatre des huit structures. Une structure a ajouté que les jeux choisis l'étaient également parce qu'ils faisaient participer un maximum de personnes.

Figure 25 : Intérêt des jeux joués sur des temps informels



Il existe autant de structures qui considèrent les jeux utilisés pendant des temps informels comme étant occupationnels, que de structures attribuant à ces jeux une visée de stimulation cognitive, de gestion émotionnelle ou de changement comportemental. Cinq structures ont répondu positivement aux deux assertions, considérant le jeu joué sur des temps informels comme à la fois occupationnel et thérapeutique. Deux structures ont proposé chacune une réponse : l'une a décrit l'intérêt des jeux pour créer une ambiance sympathique et vivante sur le lieu d'accueil, et l'autre a mis en avant leur intérêt social, à savoir d'apprendre à jouer ensemble, de respecter les règles, ou de partager des émotions.

Figure 26 : Objectifs de l'utilisation des jeux de société sur des temps informels



## 6) Réflexions induites par le questionnaire

Ce questionnaire a permis à un soignant d'amorcer une réflexion sur l'utilisation des jeux sur des temps informels dans une structure qui n'a pas de jeu de société. Une autre aurait voulu définir plus précisément le cadre de ces temps informels pour réfléchir aux jeux mis à disposition des patients.

Sur quatre des structures qui utilisaient les jeux uniquement de manière informelle, trois ont eu l'envie de mettre en place un atelier avec évaluation grâce au questionnaire. Parmi celles-ci, l'une souhaiterait le mettre en place lors de groupes de remédiation cognitive déjà expérimentés, et une autre voudrait mettre en place un atelier avec des jeux évalués comme thérapeutiques par des études.

Par ailleurs, cela a permis à plusieurs structures de trouver des pistes de réflexion pour leurs ateliers de ludothérapie. Une structure voudrait mettre en place un atelier avec un groupe fermé afin de mesurer l'apport d'un jeu de société donné par rapport à un trouble donné. Elle et trois autres structures voudraient évaluer les effets des jeux soit par des grilles d'évaluation, soit par des échelles, soit par une évaluation neuropsychologique. Deux structures voudraient utiliser le jeu avec les patients en milieu ordinaire, comme des bars à jeu ou des associations. Un soignant a énoncé l'intérêt de pouvoir créer un catalogue de jeux de société qui expliquerait quel symptôme pourrait être travaillé avec quel jeu de société et pour quel effet attendu.

Une structure a pu souligner l'intérêt des jeux de société en tant que support de communication, de socialisation, de stimulation cognitive, de plaisir et d'autonomisation. Cette structure considère les jeux comme étant de « très bons médiateurs des interactions sociales » et comme étant très appréciés des patients. Une autre structure a pu ajouter que les axes de travail évoluaient selon les patients du groupe, selon leur attrait pour un type de jeu à un moment donné, selon leur capacité à pouvoir se concentrer, et même selon l'ambiance du groupe. Cette structure a conclu en disant que le jeu est libre et gratuit, et qu'on ne joue pas forcément pour apprendre mais que l'on apprend en jouant.

## D/ Discussion

### 1) Résumé des résultats

On observe des pratiques très différentes d'une structure de soins à temps partiel à une autre. Cela commence dès l'évaluation d'entrée qui, quand elle est présente, prend différentes formes selon l'établissement. La présence de jeux est une quasi constante, et ces derniers sont toujours utilisés quand ils sont présents dans la structure, soit sous la forme d'ateliers, soit sur des temps informels, soit les deux. Même si certains jeux, comme le Scrabble, sont présents dans presque toutes les structures, le reste du panel varie fortement d'une structure à l'autre. Par exemple, les jeux spécialement créés pour la psychiatrie sont présents dans quelques structures seulement.

Au sein des ateliers, l'utilisation des jeux est très différente d'une structure à l'autre. Parmi les dix structures mettant en place des ateliers de ludothérapie, huit intègrent des patients dans des groupes ouverts, et seulement deux dans des groupes fermés. Elles utilisent parfois un seul jeu sur l'ensemble des séances, ou parfois plusieurs parmi les jeux disponibles dans leur ludothèque. Le nombre de patients et de soignants varie fortement selon les structures. Le positionnement des soignants pendant l'atelier varie également. Quelques structures utilisent chaque jeu dans un but spécifique, mais majoritairement, elles considèrent leur intérêt de manière globale. Le choix des jeux selon l'intérêt recherché est aussi très varié. La fréquence et la durée des ateliers diffèrent également. Peu d'évaluations objectives des effets des jeux de société sont réalisées, mais les soignants constatent une amélioration modérée des patients selon divers critères. Les jeux y sont principalement utilisés car ils sont amusants, plaisants et stimulants intellectuellement pour les patients.

Sur des temps informels, les soignants sont fréquemment présents, bien que moins nombreux que lors des ateliers. La plupart du temps, un seul infirmier est présent. Les jeux sont régulièrement choisis par les patients parmi l'ensemble des jeux disponibles. Les critères de choix des jeux les plus importants semblent être le plaisir et l'habitude d'y jouer. L'objectif des jeux est tantôt d'occuper le patient et de le faire participer à une activité, tantôt d'appliquer ses effets thérapeutiques.

Nous avons constaté enfin que le questionnaire avait permis d'initier une réflexion chez de nombreux soignants ayant répondu. Cette réflexion pourra, dans un second temps, ouvrir vers une utilisation thérapeutique des jeux de société plus précise et plus efficace.

### 2) Critique de la méthode

Quoique les jeux soient presque omniprésents en psychiatrie, beaucoup d'entre eux n'ont jamais été étudiés. La force de ce questionnaire est qu'il est le premier qui recense la place et l'intérêt que portent les soignants aux jeux de société en psychiatrie adulte. Avec un taux de réponse de 41%, il permet d'avoir une vision d'ensemble de l'utilisation de ce média dans les structures de soins à temps partiel. De plus, l'échantillon des structures ayant répondu, semble représentatif en termes

de types (HDJ, CATTP, CPC) et d'affiliation (CHU, CAGM, structures privées) par rapport aux structures incluses.

En outre, la mise en place d'un questionnaire à embranchements a permis une adaptation et une flexibilité face aux cas d'usage rencontrés (atelier, temps informel, aucune utilisation, aucun jeu). Ceci a permis de formuler des questions de manière plus précise et adaptée.

Enfin, l'envoi du questionnaire était limité aux structures de soins à temps partiel, les lieux les plus adaptés à la mise en place d'atelier de ludothérapie. En effet, les patients pris en charge par ces structures n'étant plus en crise, un travail de réhabilitation psychosociale y est possible afin de leur permettre de réapprendre à être et à vivre.

En revanche, le contexte médico-social correspondant à l'envoi du questionnaire n'était pas optimal. De fait, le premier envoi du questionnaire aux structures a été fait pendant la période de confinement du SARS-CoV-2. Durant cette période, les ateliers thérapeutiques, dont ceux utilisant des jeux de société, se sont vu arrêtés, la majorité des structures étant fermées ou n'accueillant plus de patients. La réponse au questionnaire a été fortement perturbée. Nous aurions probablement pu recueillir un nombre plus important de réponses dans un autre contexte.

Par ailleurs, la méthodologie présente certaines faiblesses. En effet, il a été difficile de limiter un sujet aussi vaste en posant uniquement des questions fermées. Certaines questions volontairement ouvertes ont certes rendu possible le recueil de réponses plus variées et moins restrictives, mais ont néanmoins rendu les résultats moins précis. Nous pouvons citer comme exemple la question demandant de lister les jeux de société grand public présents dans les structures. La liste était parfois incomplète, et présentait des points de suspension. Dans le pire des cas, aucun jeu n'était cité bien que les structures en eussent beaucoup. A l'inverse, certaines questions fermées ont probablement orienté les réponses des soignants. Il est donc possible que les répondants aient, du fait des réponses prédéfinies du questionnaire, surestimé la portée cognitive ou sociale des jeux de société.

Enfin, un biais de recrutement est probable. Il serait dû au fait que les soignants et les structures ayant répondu portent un intérêt plus important aux jeux de société par rapport aux non répondants. Il existe donc un risque de surestimation de la présence et de l'utilisation des jeux dans les structures de soins à temps partiel. Par exemple, une structure nous a indiqué par mail l'absence d'activité utilisant les jeux de société en son sein. Elle n'a pas rempli le questionnaire et sa réponse n'a donc pas été intégrée dans l'étude.

### 3) Discussion des résultats

L'étude du questionnaire nous permet tout de même de confirmer que les jeux de société grand public sont très souvent utilisés dans les structures de soins à temps partiel. Si une évaluation objective fait généralement défaut, les soignants perçoivent néanmoins une amélioration clinique des patients grâce au jeu. Les jeux de société ont donc bien un intérêt dans la prise en charge des patients.

L'étude du questionnaire nous permet d'observer que les jeux de société sont davantage utilisés dans une recherche d'effets globaux que dans un but spécifique

en lien avec les symptômes des patients. D'une part parce que les structures ne sélectionnent généralement pas les jeux joués dans les ateliers ou sur les temps informels. D'autre part parce que le cadre des ateliers ne permet pas de cibler une symptomatologie spécifique. En effet, les patients y sont bien plus fréquemment accueillis dans des groupes ouverts que dans des groupes fermés, et sont parfois présents en grand nombre. Pour ces raisons, il est plus difficile de constituer des groupes de patients ayant les mêmes difficultés, et d'adapter spécifiquement les jeux à leurs problématiques. Au final, les jeux sont utilisés comme s'ils étaient un média homogène alors que leurs caractéristiques sont en réalité très variées.

L'intérêt ludique est souvent au premier plan quelque soit le type d'utilisation des jeux. Dans le cadre des ateliers, on observe que les jeux sont utilisés principalement pour leur capacité de stimulation intellectuelle (88%), bien que la part de plaisir ludique demeure importante (75%). Sur les temps informels, le paramètre plaisir (88%) et celui de l'habitude du jeu (75%) priment sur la stimulation intellectuelle (63%).

De manière générale, les infirmiers étaient les soignants les plus impliqués dans l'utilisation des jeux, dans le cadre des ateliers et sur les temps informels. Le rôle principal des soignants était de jouer avec le ou les patients. Ils avaient globalement les mêmes rôles dans les deux types d'utilisation, à la différence des soignants présents dans les ateliers qui avaient plus fréquemment pour mission de soutenir le cadre. En outre, les soignants présents sur les temps informels avaient un rôle d'observation (54%) que les soignants présents lors des ateliers n'avaient pas.

L'étude de ce questionnaire nous permet enfin d'avoir une idée des potentielles bonnes pratiques à mettre en place dans l'utilisation des jeux de société, en atelier ou non, sans pour autant les définir de manière catégorique en l'absence d'études complémentaires. La présence de deux soignants par atelier nous semble intéressante pour permettre à l'un d'entre eux d'être joueur et à l'autre d'avoir une position de soutien (observateur, aide aux patients, maintien du cadre). Il est plus délicat de dégager un aperçu des bonnes pratiques concernant d'autres éléments comme le nombre de patients, ou la fréquence et la durée des séances.

#### 4) Ouverture et perspectives

Comme nous l'avons vu, il existe peu d'ateliers utilisant les jeux dans des groupes fermés et certains groupes ouverts peuvent être constitués d'une quinzaine de patients. Il est donc beaucoup plus difficile dans ce cas d'avoir des objectifs clairs et précis de l'atelier, qui devient forcément plus généraliste. C'est pourquoi il semble nécessaire de formaliser un protocole d'utilisation des jeux dans les ateliers. Ce protocole poserait le fondement théorique permettant aux soignants d'utiliser les jeux en atelier et de les adapter à leur situation, leurs patients, et leurs moyens. Il ne s'agit pas de définir de manière rigide un cadre d'utilisation des jeux, mais plutôt de permettre une réflexion vis-à-vis d'eux et peut-être d'homogénéiser les pratiques. En effet, il ne faut pas cloîtrer le jeu dans un objectif seulement thérapeutique, mais il semble intéressant de ne pas l'utiliser uniquement dans un but de plaisir et de lutte contre l'apragmatisme. Il faut trouver un équilibre entre le versant ludique et le

versant thérapeutique. C'est un concept que l'on retrouve d'ailleurs dans les Serious Games.

Bien sûr, tous les jeux ne semblent pas accessibles aux patients, en tout cas pas dans un premier temps. Mais il existe des jeux très simples, plaisants, adaptés à ces derniers en terme de difficulté, et qui offrent un panel varié d'objectifs que peuvent apporter les jeux de société. Pour aider le choix des soignants dans la multitude de jeux qui existent, il semble également important d'élaborer un catalogue de jeux de société supposés efficaces sur une ou plusieurs difficultés cognitives, sociales, émotionnelles ou comportementales. Ces jeux seraient choisis pour être simples et adaptés aux patients, tout en ayant des objectifs thérapeutiques selon leurs troubles et leurs difficultés. Ainsi, cela permettrait de créer une sélection de jeux intégrables aux structures pour qu'ils soient à la fois accessibles et thérapeutiques.

Par ailleurs, il semble intéressant de pouvoir plus régulièrement réadapter, et ainsi mettre en adéquation les jeux de société avec les difficultés et les pathologies des patients. Cela peut passer par l'instauration des règles du jeu de manière progressive, pour permettre des parties plus simples au départ. Nous pourrions même imaginer une modification voire une suppression de certaines règles si celles-ci ne sont pas adaptées aux patients car trop difficiles, trop frustrantes ou parce qu'elles mettraient régulièrement les patients en situation d'échec (par exemple l'abandon du système de points).

Enfin, il est possible de créer des jeux spécialement adaptés à une ou plusieurs problématiques psychiatriques, comme cela a déjà été fait par le passé. Ces jeux seraient adaptés à une population et seraient thérapeutiques pour eux. Pourtant, nous avons vu que ces derniers étaient peu utilisés dans les structures de soins à temps partiel. C'est pourquoi il semble nécessaire de mieux communiquer sur leur existence et sur leur intérêt dans la prise en charge des patients souffrant de pathologies psychiatriques.

Comme précédemment évoqué dans ce travail, il nous semble nécessaire de poursuivre les études concernant la mise en place des jeux de société dans les ateliers thérapeutiques des structures de soins à temps partiel. Cela permettrait d'étayer les preuves des effets thérapeutiques des jeux qui y seraient étudiés. Il serait intéressant de mettre en place une étude interventionnelle, contrôlée, randomisée s'appuyant sur le protocole d'utilisation des jeux de société dans des ateliers. Cette étude porterait sur quelques jeux de société, utilisés pendant plusieurs séances d'atelier, avec une évaluation neuropsychologique avant et après l'étude. Il serait intéressant d'étudier les effets des jeux dans le temps et le transfert de compétences dans la vie quotidienne du patient. L'existence de nombreux jeux de société rend cependant impossible de mettre en place autant d'études que de jeux. Ainsi, il serait possible d'étudier précisément les effets thérapeutiques de certains jeux, mais pas de l'ensemble des jeux existants.

Il semble également intéressant de comprendre la place et l'apport des jeux de société dans les structures d'admission. Peut-être sont-ils utilisés uniquement à visée occupationnelle, mais peut-être que des soignants des structures accueillant

des malades plus légers ou des malades en voie de rémission recherchent dans la pratique des jeux de société d'autres effets. Ainsi, selon l'état psychique des patients il serait possible de leur proposer des jeux adaptés. Ces jeux pourraient être utilisés dans le cadre d'une réhabilitation psychosociale mais aussi en lien avec leurs symptomatologies psychiatriques : calmer l'angoisse, modifier les pensées négatives, faire de l'éducation thérapeutique,...

Comme l'ont proposé deux structures, il serait également pertinent de faire jouer les patients dans des bars à jeux ou dans des associations pour permettre de poursuivre leur intégration en milieu ordinaire, et d'ainsi poursuivre le travail de réhabilitation psychosociale.

## Conclusion Section 2

Au final, les jeux de société sont utilisés de manière assez différente entre les structures. Leur utilisation varie selon le cadre thérapeutique, le nombre de soignants, le nombre de patients, la temporalité des séances, les objectifs recherchés, et les améliorations observées chez les patients. Parfois leur place reste uniquement celle d'un partage de plaisir qui motive et stimule intellectuellement les patients, et lutte contre leur apatisme. Cela s'explique par le fait que certains patients soient trop déficitaires ou n'adhèrent pas aux soins. Si des objectifs orientés vers l'amélioration des habiletés sociales, du fonctionnement émotionnel ou de la cognition sont exprimés par les soignants, ils ne sont pas pour autant toujours précisés. Bien sûr, le jeu est un outil ludique, de partage, d'amusement et c'est d'ailleurs l'un des aspects qui le rend si intéressant. Mais chez des patients ayant des troubles cognitifs légers à modérés ou ceux qui sont dans l'alliance thérapeutique, des objectifs plus précis et plus adaptés pourraient être mis en place. Ainsi, l'apport des jeux que nous avons observé dans la première partie de ce travail pourrait s'ajouter au plaisir ludique.

Il semble alors intéressant d'intégrer le jeu de société dans nos services, en tant que média, au sein de nombreuses thérapies. Nous pourrions envisager de prescrire un jeu de société de manière précise, en ciblant ses indications, en anticipant ses bénéfices attendus, et surtout en le choisissant, non plus par hasard, mais selon la symptomatologie qu'il peut améliorer. De même, il serait intéressant que les soignants achètent et pré-sélectionnent des jeux adaptés aux difficultés des patients tout en laissant à ces derniers le choix final.

Pour réussir ce pas, il semble nécessaire de pouvoir définir plus précisément l'utilisation des jeux dans un atelier. En effet, la protocolisation d'un atelier de ludothérapie est nécessaire pour poser les bases thérapeutiques de ce média. C'est pourquoi nous allons tenter d'en décrire un dans la suite de ce travail, et de définir les limites d'un cadre de fonctionnement. De plus, nous établirons une liste de jeux de société supposés efficaces vis-à-vis d'une ou plusieurs difficultés cognitives, sociales, ou émotionnelles. Cela permettra de définir des prises en charge ciblées qui aident un groupe de patient sur une problématique commune. Ces jeux seront sélectionnés pour être accessibles et plaisants tout en étant thérapeutiques.

## **Section 3 : Protocole de mise en place d'un atelier de ludothérapie**

Les thérapies de médiation reposent généralement sur des réflexions théoriques sans étude comparative menée. C'est le cas dans la ludothérapie en psychiatrie, aussi nommée jocothérapie. Ainsi, cette partie repose, non pas sur des études protocolisées, mais sur l'expérience de Aubeau C.<sup>102</sup> et de Archambeau S.<sup>33</sup>, évoquée sur la deuxième section de cette thèse et sur une réflexion propre à notre travail. Il est important de signaler que cette section a pour objectif de poser les bases d'un protocole de mise en place d'un atelier de ludothérapie, mais elle n'a pas pour but d'en restreindre les limites. En effet, chaque soignant pourra engager une réflexion et s'emparer de ce travail afin de se l'approprier et de l'adapter selon les ressources disponibles, aussi bien humaines que matérielles, et surtout selon les patients, leur symptomatologie, leurs limites et leurs possibilités.

Nous avons détaillé le protocole de mise en place d'un atelier en plusieurs parties : le cadre de l'atelier, les objectifs thérapeutiques, la temporalité, le lieu, les soignants, les patients, le choix des jeux, un catalogue de jeux, l'organisation d'un cycle et d'une séance.

### **A/ Cadre de l'atelier**

Un atelier doit être inclus dans le projet de soin individualisé des patients. Pour le permettre, les soignants doivent se représenter globalement les patients pour adapter l'atelier aux besoins et aux difficultés de ce dernier. C'est là l'intérêt des bilans psychologiques et neuropsychologiques. L'indication de l'atelier doit être faite par un médecin sur prescription médicale, même si la décision peut être collégiale. En effet, on peut considérer que la prescription du médecin équivaut à la mise en place d'un contrat de soins entre les différents partenaires<sup>33</sup>. Il permet de poser les bases du cadre thérapeutique qui sera développé par la suite avec le patient. Cela crée également l'engagement moral et la responsabilisation du patient. En contrepartie, les soignants offrent un engagement de présence réciproque, puisqu'ils s'engagent à être présents périodiquement pour l'atelier.

Le cadre thérapeutique est essentiel pour pouvoir créer et pérenniser un atelier. Le cadre représente des obligations, voire des contraintes qui font office de lois et organisent la vie de l'atelier, nous dit Archambeau<sup>33</sup>. Il permet aux patients d'appréhender l'espace psychique de l'atelier et ses limites. Le cadre doit être contenant et sécurisant. Cela permet aux patients de faire confiance à l'autre (une institution, un soignant, d'autres patients) et ainsi de profiter pleinement de l'atelier. C'est le concept de « holding » de Winnicott. Le cadre thérapeutique permet la contenance qui fait que le patient se sent soutenu et peut ainsi se laisser aller sans risque. Bion, quant à lui, décrit un concept d'enveloppe psychique qui va permettre de protéger des différentes intrusions internes comme externes sans toutefois isoler le patient<sup>33</sup>. Le cadre thérapeutique se doit donc d'être stable.

Certains éléments du cadre peuvent être très similaires d'un atelier à l'autre. Ils sont définis en amont de la mise en place d'un atelier. Ils ne changeront pas au

cours de l'atelier, et auront pour but de créer un espace spatio-temporel, en définissant le lieu, les horaires, la fréquence et la durée d'une séance. Des règles de vie de l'atelier seront également instaurées : l'assiduité et la ponctualité des patients lors des séances, un climat de bienveillance et de convivialité les uns envers les autres, la confidentialité de ce qui se dira, ou encore, une absence de jugement. Il est possible, si le besoin s'en fait ressentir d'élaborer une fiche de ces éléments de cadre et de l'afficher dans la salle.

D'autres éléments du cadre peuvent varier selon les objectifs et les patients participant à l'atelier. Les jeux de société peuvent être utilisés de différentes manières, par exemple comme entraînement aux habiletés sociales, comme remédiation cognitive, comme réhabilitation psychosociale ou encore à visée éducative. Selon l'objectif de l'atelier, le rôle, le positionnement et la fonction des soignants seront différents. C'est pourquoi il est très important de bien définir le cadre avant la mise en place de l'atelier.

Même si le cadre doit être bien défini, il ne doit pas être rigide. Il doit rester suffisamment souple pour permettre aux patients de s'emparer du média. Le cadre doit pouvoir répondre à un événement ponctuel comme un patient angoissé, ou moins attentif un jour, ou encore l'absence d'un des patients. Une trop grande rigidité serait contre-productive. Comme l'affirme C. Mille, la codification voire la protocolisation du cadre ne suffit pas à expliquer les effets thérapeutiques des thérapies de médiation<sup>29</sup>. L'essentiel semble se jouer ailleurs, « dans l'accueil de l'imprévu, le hasard des rencontres, la tonalité des échanges, la circulation des émotions, les ressorts de l'humour, la valorisation des trouvailles... Il est bien difficile, même dans l'après-coup, de se rendre compte de ces "petits riens qui changent tout" ».

## B/ Objectif thérapeutique

Le cadre thérapeutique dépend partiellement des objectifs de l'atelier. Ces objectifs sont de deux types : l'objectif groupal et les objectifs individuels de chaque patient. Les deux seront définis selon les patients présents, leurs difficultés et leurs capacités, afin de ne pas les mettre en difficulté, sans pour autant sous-estimer leurs ressources. Il faut ainsi ajuster les objectifs pour avoir des attentes modérées. Même si, au départ, le patient assiste aux séances dans un but occupationnel, il faudra progressivement le faire entrer dans une démarche thérapeutique. D'un autre côté, il sera important de réaffirmer aux patients qu'il n'y a pas d'exigence de performance. En effet, certains patients peuvent être très projectifs et entrer dans un état de stress à l'idée de résultats attendus par le soignant. Nous n'attendons rien du patient au cours de l'atelier, mais sa venue, elle, est attendue.

De nombreux objectifs existent, et certains ont déjà été nommés dans cette thèse. Voici quelques exemples d'objectifs simples : prendre le temps de rencontrer l'autre, de le respecter, et d'apprendre à le connaître, accepter le cadre de l'atelier et les règles du vivre ensemble. Par les effets de renforcement, le patient peut prendre confiance en lui, entraînant une valorisation, voire une réparation narcissique<sup>29</sup>.

Comme objectif cognitif, nous pouvons citer l'amélioration de la concentration sur la durée du jeu, la mémorisation, la remise en action et le travail de réflexion (fonctions exécutives), l'amélioration du langage, etc... Enfin, en ce qui concerne les objectifs émotionnels, ces derniers peuvent être de reconnaître et de verbaliser des émotions, de prendre du plaisir à jouer, d'apaiser un fond anxieux, de permettre le retour au calme psychique, d'apprendre à accepter la défaite et la victoire.

## C/ Temporalité

Concernant la fréquence des ateliers, les séances sont habituellement hebdomadaires pour permettre une régularité dans la prise en charge. Il vaut mieux éviter que deux séances soient trop éloignées afin de garder le dynamisme de l'atelier et d'ancrer le rendez-vous dans le planning des patients.

S'agissant de la durée, des séances d'1h à 1h30 sont à prévoir selon le groupe de patients et le ou les jeux proposés. Une durée plus longue pourrait être délétère pour les patients ayant des troubles cognitifs. Ceux-ci risqueraient de se fatiguer et de ne plus être attentifs. A l'inverse, une séance plus courte pourrait se passer dans la précipitation, et les temps d'accueil et de débriefing seraient alors écourtés.

Le nombre de séances propices à un cycle est difficile à définir. En effet, il dépend de beaucoup d'éléments, comme par exemple des patients accueillis et de leur état mental, du temps nécessaire pour appréhender les jeux choisis, des objectifs recherchés. Ce nombre de séances devra être réfléchi et adapté en amont par les soignants.

## D/ Lieu

Le lieu retenu devra être calme, en retrait des activités des autres patients de l'institution, ou a minima insonorisé. Il faudra éviter l'introduction intempestive d'autres patients. En effet, certains jeux demandent de l'attention, de la concentration et de la réflexion. Les patients souffrant de pathologies psychiatriques pouvant être facilement déconcentrés, voire parasités par leurs propres pensées, il vaudra mieux ne pas ajouter de perturbateurs externes.

De plus, l'espace du lieu devra être aménagé avec une table suffisamment grande pour accueillir les joueurs ainsi que le jeu et ses différents éléments à déployer. Le mieux sera une pièce bien éclairée pour pouvoir jouer sans difficulté. La table et l'espace seront si possible épurés pour éviter tout parasitage.

## E/ Soignants

Quel que soit le média utilisé, le soignant doit trouver un intérêt à l'utiliser. Il est donc nécessaire que le soignant prenne personnellement du plaisir à jouer.

Il semble important que les soignants restent toujours les mêmes ou a minima qu'un soignant soit référent pour l'ensemble de l'atelier. Cela permettra d'installer un climat de confiance et de garder un lien privilégié entre le soignant et les patients. De plus, il semble intéressant que deux soignants soient présents pendant l'atelier. Le

premier soignant pourra permettre d'aider les patients en difficulté, de réaffirmer le cadre si nécessaire et d'observer ce qui se joue pendant l'atelier. Le second soignant, quand cela est possible, pourra avoir le rôle de joueur. Cela permettra de créer une relation plus symétrique. Le patient, par imitation de modèles, (apprentissage vicariant) pourra apprendre à interagir de manière plus adaptée. Il pourra accepter de se tromper et réagir positivement à une difficulté. Le patient aura, par la présence du soignant, un exemple qu'il peut suivre. De plus, le fait que deux soignants soient présents permet la croisée des regards, entraînant une richesse plus importante quant à l'observation et à l'analyse des patients. Enfin, une formation des soignants aux thérapies médiatisées semble importante pour la mise en place d'un tel atelier.

Concernant la place des soignants, ces derniers auront une position d'accueil et d'écoute permettant le dialogue, afin de créer une atmosphère d'empathie. Cela nécessitera des qualités d'écoute, d'attention et de disponibilité pour construire avec les patients une aire de rencontre, un espace à construire, en s'inspirant de l'aire potentielle de Winnicott. « Ce n'est pas un panorama qu'on regarde comme un touriste, c'est participer à son atmosphère » écrit Jean Oury<sup>103</sup>. Cela permet au patient d'être ce qu'il est, et non pas celui que l'on a imaginé.

Sylvie Archambeau insiste sur le fait que le soignant doit se défaire de la volonté de vouloir tout contrôler et compare la position du soignant à celle d'une approche non-directive, notion empruntée à Carl Rogers<sup>33</sup>. Cette approche favorise l'émergence de la parole et de la cohésion de groupe. Cette non-directivité est exigeante pour le patient mais également pour le soignant, car il peut paraître plus facile d'aider quelqu'un en difficulté face à une décision, plutôt que de l'accompagner de sa présence et de ses mots, afin qu'il trouve par lui-même, et avec lui, un appui sur lequel réfléchir. Il ne faut pas faire à la place ni à tout prix. Le soignant doit plutôt aider le patient à retrouver un élan pour rompre avec son état de sidération dû au stress.

Quélin-Souligoux rassemble les deux visions précédentes et nous dit que le soignant doit être intéressé, mais aussi assez détaché pour pouvoir laisser le médiateur être support du processus primaire (satisfaction immédiate, inconsciente) le temps nécessaire, tout en faisant advenir le processus secondaire (satisfaction détournée et consciente) en amenant à dire ou à faire les choses sans pour autant insister ou diriger<sup>26</sup>. Ainsi le soignant doit trouver son équilibre entre être spectateur et être acteur à la place du patient. Il doit réussir à trouver une position qui rend le jeu thérapeutique tout en ayant un regard analytique.

Par ailleurs, il sera intéressant de mettre en place une supervision, qui apporte du recul et une nouvelle vision des patients. Quand l'atelier aura trouvé ses marques, et a ses habitudes, il sera parfois nécessaire de trouver un nouvel élan. Ce pas en arrière est essentiel pour réacquiescer une plus grande liberté et un nouveau dynamisme pour créer et partager.

## F/ Patients

Le nombre de patients qui semble le plus adapté se situe entre trois et cinq. Ce nombre dépend de la dynamique de groupe recherchée, des jeux proposés, du nombre de soignants présents et de leur rôle, mais également des objectifs recherchés. Par exemple, il sera possible d'accueillir plus de patients si l'objectif thérapeutique est plus centré sur les habiletés sociales. A l'opposé, il faudra prendre moins de patients si l'intérêt thérapeutique est centré sur la remédiation cognitive, demandant plus de concentration.

Concernant le choix des patients, comme pour les soignants, ils devront avoir un intérêt pour les jeux. Il est aussi nécessaire qu'ils soient stabilisés psychiquement. Ils ne doivent pas être trop déficitaires afin de pouvoir suivre l'atelier thérapeutique. Les indications à la ludothérapie sont peut-être plus contraignantes que dans d'autres ateliers. En effet, pendant la séance, les patients doivent pouvoir tenir, même succinctement, leur attention, et être capable d'entrer en relation avec l'autre. Plusieurs auteurs décrivent la nécessité de faire correspondre les systèmes perceptivo-sensori-moteurs principaux du patient et du média<sup>27,28</sup>. C'est une notion que l'on retrouve dans la Programmation Neurolinguistique (PNL). Concernant les jeux de société, le toucher et la vue sont les sens les plus mis en jeu. Les patients communiquant et interagissant le plus avec ces sens profiteraient donc plus des jeux de société.

Concernant le groupe, il nous semble préférable de constituer un groupe fermé, c'est-à-dire sans modification des patients au cours d'une session, pour permettre la création d'une dynamique de groupe, pour permettre d'avoir des objectifs individuels et collectifs, de pouvoir suivre l'évolution du patient, d'encourager la régularité et l'assiduité du patient. De plus, le sentiment d'appartenance groupale sera naturellement plus marqué<sup>29</sup>. Enfin, parce que les soignants auront adapté l'atelier aux patients, ce dernier leur sera plus adapté, permettant un effet thérapeutique plus incisif. Un groupe ouvert créerait sans doute des comportements d'évitement si le patient se sent en difficulté sociale ou se trouve face à un échec.

Il faudra choisir des patients en fonction de leur problématique pour créer une dynamique de groupe qui soit adaptée aux objectifs voulus. Un sentiment d'appartenance pourra alors se créer, renforçant les liens du groupe, ce qui mènera à la participation active dans le groupe et permettra indirectement d'atteindre les objectifs. Comme le dit R. Kaës, la fonction « médiatrice » du groupe est « liée aux chaînes associatives qui s'y forment, au sein desquelles chacun peut faire son marché pour y trouver les représentations qui lui manquent »<sup>29</sup>. Il parle d' « appareil psychique groupal » qui offre aux patients ce que Bion appelait « la capacité de rêverie de la mère ». Le groupe sera ainsi moteur d'une médiation<sup>29</sup>. Il aura une fonction de contenant<sup>29</sup>, comme l'institution, le lieu, les soignants, et le média peuvent l'être<sup>104</sup>. Il aura aussi une fonction de transformation psychique<sup>28</sup>.

## G/ Choix des jeux

Concernant le choix des jeux, il est possible d'organiser l'ensemble d'un atelier autour d'un seul jeu, ou au contraire, de varier les jeux sur plusieurs séances. Si un seul jeu est choisi, il semble envisageable que ce dernier soit plus difficile et plus long que si plusieurs jeux sont joués, mais il devra justifier d'un fort intérêt thérapeutique. Si plusieurs jeux sont disponibles sur un ensemble d'ateliers, ils pourront être présélectionnés par les soignants. Cette présélection pourra commencer par deux ou trois jeux, puis, après quelques séances, si cela semble utile, il sera possible d'en introduire de nouveaux. Il faudra éviter d'introduire trop rapidement de nouveaux jeux car cela engendrerait de nouvelles explications de règles. Cela risquerait de créer de la confusion chez les patients et être contreproductif. En effet, il est préférable de refaire plusieurs fois un jeu et de ne pas changer trop rapidement de jeu si les patients sont trop désorganisés. Le choix du jeu de la séance sera décidé par les patients, mais il pourra être orienté par les soignants, voire être décidé par ces derniers si le choix des patients leur semble inadapté.

Concernant le type de jeux, il faudra choisir des jeux dont le bénéfice a été démontré par les études citées dans cette thèse, ou des jeux supposés thérapeutiques par les soignants. Dans ce cas, il faudra d'abord en rechercher l'intérêt thérapeutique. Les jeux devront être adaptés aux objectifs de l'atelier ainsi qu'aux déficits et aux compétences des patients. Il faut éviter de mettre trop en difficulté les patients tout en leur apportant un bénéfice cognitif, social ou éducatif. Ainsi, il sera important de privilégier des jeux simples et rapides à jouer avec peu de temps d'explication de règles, sans pour autant que ces jeux soient déconnectés de sens thérapeutique. Selon les troubles cognitifs des joueurs, les règles du jeu pourront être simplifiées dans un premier temps, pour ensuite être complétées au cours des séances. Il faudra faire attention à ne pas trop dénaturer le jeu par une extrême simplification. En effet, il vaut mieux choisir des jeux simples, accessibles mais stimulants cognitivement que des jeux trop compliqués qui nécessiteraient une forte simplification pour être accessibles. Un jeu trop compliqué perdra les joueurs dans les règles et ne permettra pas aux effets thérapeutiques et ludiques du jeu de s'exprimer. Un jeu trop simplifié perdrait quant à lui son sens ludique.

De plus, il y a un intérêt à choisir des jeux coopératifs, dans lesquels tous les joueurs jouent ensemble contre le jeu, afin de susciter l'esprit d'équipe, car ces jeux nécessitent d'avoir confiance en l'autre. Cela aura un intérêt si les patients sont méfiants ou si un des joueurs est trop en difficulté et qu'il se trouve, à cause du jeu, régulièrement face à des situations d'échec.

## H/ Catalogue de jeux adaptés aux patients psychiatriques

Il nous semble important de proposer une liste de jeux pour guider le choix des soignants dans les nombreux jeux de société existants. Comme nous l'avons vu précédemment, certains jeux ont été étudiés et leurs différents bénéfices ont été mis en avant. Même si ces études sont parfois de faible niveau de preuves ou sont

uniquement utilisées chez les patients gériatriques nous nous appuyerons sur leurs résultats pour orienter le choix des jeux à utiliser dans un atelier thérapeutique. En plus de ces jeux, nous avons essayé de proposer des jeux qui n'ont pas été étudiés, mais qui sont adaptés aux patients souffrant de pathologies psychiatriques, tout en étant stimulants. Nous avons délibérément sélectionné des jeux récemment édités, ludiques et très accessibles. Ces jeux sont faciles à apprendre et à mettre en place. Au vu du nombre de jeux de société qui sont nouvellement édités chaque année, il est absolument impossible d'en constituer une liste exhaustive. Il est important de noter que cette sélection est empirique, et il est évident que des études sur ces jeux seraient nécessaires pour confirmer notre propos. Par ailleurs, certains jeux existent parfois dans des versions alternatives (enfant, image, etc...) qui sont plus abordables pour les patients. Il peut être intéressant de les utiliser mais il est nécessaire que les patients ne perçoivent pas cela comme étant dénigrant.

- Dans un cadre de remédiation cognitive, les jeux abstraits comme les Échecs, le jeu de Go, le Mah-Jong, le Bridge, Siam, Yokai no Mori (variante simplifiée du Shogi), Pingouins et, plus généralement, les jeux de cartes permettent de stimuler les fonctions exécutives et la mémoire de travail. Les jeux comme Salade de Cafards, Set (ou Set junior), Dooble, Bazar Bizarre, Dodelido, Jungle Speed, ou Le Lynx sont des jeux de rapidité, d'association visuelle, et parfois de logique qui semblent intéressants pour les fonctions visuo-spatiales, l'attention visuelle, la catégorisation et les fonctions exécutives (initiation, flexibilité, inhibition). Les jeux comme Bandido ou Speed Cups permettent de travailler les fonctions visuo-spatiales. Les jeux Color Addict et Khromix s'appuyant sur l'effet Stroop permettent la flexibilité mentale. Le jeu Dr Eureka, qui ressemble à la tour d'Hanoï, met en jeu les fonctions exécutives. Les jeux Memory ou Brainbox permettent quant à eux de travailler la mémoire. De nombreux autres jeux de stratégie, stimulant tous les types de fonctions cognitives, existent, mais la durée des parties rend leur mise en place plus difficile.

- Dans un intérêt de symbolisation, de catégorisation et d'association mentale, les jeux Dixit, Concept, Time's Up, Code name, Code name image, ou Just one demandent aux joueurs d'associer des mots et/ou des images pour faire deviner un mot, une phrase, ou des célébrités.

- Concernant l'entraînement aux habiletés sociales, tous les jeux de société y sont propices, de par l'interaction omniprésente entre les joueurs. En revanche, plusieurs jeux ont été créés spécifiquement à cet effet. Le jeu Compétence demande aux patients de se confronter à des situations sociales, le jeu Feelinks s'oriente vers la verbalisation des émotions, et le jeu Le qu'en dit-on ? fait réfléchir les patients à propos du lien social et des limites de la loi. Des jeux grand public comme Empathy ou Compatibility permettent de mettre en jeu la théorie de l'esprit en s'appuyant sur les émotions ou le photolangage.

- Dans le cadre d'une restructuration cognitive des patients psychotiques, Michael's Game semble efficace pour donner d'autres explications à des croyances délirantes.

- Dans un contexte d'éducation au tabac, Pick Klop semble efficace pour informer, motiver voir initier un sevrage.

- Dans un but d'apprentissage de l'hygiène corporelle, le jeu Quand le gant de toilette reste sec permet d'aborder le sujet de la propreté.
- Dans un but d'apprentissage culturel : iKnow et TTMC sont des jeux à questions essayant de rendre plus ludique le très classique Trivial Pursuit.
- Dans un but d'améliorer les capacités de langage, les jeux Code name, Mot pour mot, Scrabble, Zebulon, Comment j'ai adopté un gnou, Story Cubes permettent de jouer avec les lettres, les mots et les phrases.
- Dans un but d'améliorer les habiletés psychomotrices, les jeux Décrocher la lune et Riff Raff permettent de travailler la motricité fine en demandant aux joueurs de faire tenir en équilibre des pièces en bois.

## I/ Organisation d'un cycle

Avant le début du cycle, il sera important de rencontrer chaque patient pour préparer la première séance. Ainsi, il sera possible de les faire adhérer à l'activité proposée, de créer l'envie, et de le rassurer. Comme le dit Quélin-Souligoux<sup>26</sup>, la façon de présenter l'objet médiateur est aussi importante et révélatrice d'un pré-investissement du groupe. Dans le même temps, si cela n'a pas encore été fait, chaque patient sera évalué par des bilans ou des questionnaires pour permettre d'adapter l'atelier et les jeux à eux. Pendant ces temps individuels, les objectifs personnels des patients seront définis d'un commun accord entre le patient et le ou les soignants.

Pendant la première séance, il faudra consacrer un temps à poser le cadre de l'atelier, en instaurer les règles, peut-être les afficher, et expliquer le rôle de chaque soignant. Il faudra également fixer les objectifs de groupe. Du fait de l'anxiété probable des patients dans ce contexte nouveau, il sera préférable d'avoir le comportement le plus rassurant possible et de commencer par un jeu rapide et facile qui permettra de mettre les patients en confiance.

L'explication des règles du jeu est essentielle pour une bonne compréhension. Elles devront être bien comprises par les soignants avant la première séance. Il est préférable de commencer à jouer dès que l'essentiel des règles, qui permettent de commencer la partie, ont été expliquées. Par la suite, quand la situation se présentera, le point de règle en question pourra être expliqué. Pendant l'explication, il est conseillé de s'appuyer sur des exemples visuels en mettant en place le matériel et en simulant un premier tour. Le soignant doit rester attentif aux patients pour détecter leurs pertes d'attention et leurs incompréhensions. Il ne faudra pas hésiter à répéter plusieurs fois la même chose ou à paraphraser pour que les règles soient intégrées. Il est classique de commencer l'explication des règles par une phrase ou deux qui présentent le jeu de manière générale et qui introduit, s'il existe, son thème. Ensuite, le but du jeu est annoncé. On donne par la suite l'ordre d'un tour, s'il existe, et enfin, ce que l'on fait à son tour.

A la fin, voir au milieu de prise en charge, il sera intéressant de faire un bilan et un retour individuel des progrès de chacun. Ce bilan peut être un entretien rapide ou un questionnaire évaluant le ressenti du patient et les objectifs de l'atelier. Ce temps sera un moment d'expression consacré au patient, permettant un

réajustement de l'atelier dans le cadre d'un soin individualisé. Si un bilan intermédiaire est fait, il sera possible de redéfinir les objectifs de départ qui ne semblent plus adaptés.

## J/ Organisation d'une séance

Concernant le déroulement d'une séance : Il est intéressant de commencer par un temps d'accueil permettant l'arrivée progressive des patients et la création d'un sas entre le monde extérieur et le début du jeu. Pendant ce temps, si cela est nécessaire, il est possible de réassurer et de remotiver les patients. Ensuite, l'on procédera à la session de jeu, d'abord avec l'explication des règles du jeu ou leur rappel, puis le moment propre au jeu, source d'animation et d'interaction. A la fin de la séance, il sera intéressant de consacrer un temps à l'expression du vécu des participants pendant la séance. Cela permettra de recueillir leurs affects, d'avoir leur opinion sur le jeu, de savoir ce qui les a mis en difficulté, ce qu'ils ont apprécié, etc... C'est un temps de parole pour permettre l'élaboration psychique et la mentalisation.

Après chaque séance, une fois les patients partis, les soignants débrieferont sur ce qui s'est passé pendant la séance. Cela permet de prendre le temps d'analyser ce qui s'est dit, ce qui a été vu, et ce qui s'est « joué ». Dans une visée thérapeutique, ce regard croisé devra être retransmis à l'écrit, en rapportant ces observations dans le dossier. L'analyse pourra être transmise oralement lors de réunion ou de synthèse portant sur les patients concernés. Ces transmissions orales et écrites sont la base de la visée thérapeutique des ateliers. Elles permettent aux soignants de se questionner sur la pertinence du cadre et du jeu. Il sera alors possible de les adapter aux patients, à leur vécu interprétatif, et à leurs difficultés. Les transmissions écrites permettent quant à elles de garder une trace, d'explorer des pistes de réflexion entre les séances, et de voir l'évolution de chaque patient.

### Conclusion Section 3

Se limiter à des objectifs flous et mal définis ne permet pas de tirer tout le potentiel thérapeutique du jeu. Pire, cela le fait glisser du thérapeutique vers l'occupationnel. C'est pourquoi il est nécessaire de s'appuyer sur un cadre d'atelier et un protocole précis pour utiliser les jeux de société de la manière la plus incisive possible d'un point de vue thérapeutique.

Un protocole de mise en place d'un atelier de ludothérapie peut se découper en de nombreux points précis. Tout d'abord, le cadre de l'atelier se veut fixe mais pas rigide. Il doit être pensé en amont de la première séance pour être en accord avec le projet de soin personnalisé de chaque patient participant. Les objectifs devront être clairement définis, aussi bien au niveau groupal qu'individuel. Concernant la temporalité des ateliers, il semble adapté que l'atelier ait lieu une fois par semaine, pour une durée d'une heure à une heure et demie. Le lieu doit être adapté pour permettre la concentration. Les soignants devront être intéressés par le média et participer à l'atelier sans vouloir tout contrôler. Pendant la séance, il sera intéressant de solliciter deux soignants pour permettre un regard croisé sur les patients. Un soignant pourra jouer pendant que l'autre aura une position plus décentrée. Une formation aux thérapies médiatisées et une supervision sera un plus. De leur côté, les patients intégrés à l'atelier devront, à l'instar des soignants, être intéressés par les jeux. D'un point de vue thérapeutique, il semble plus intéressant que le groupe soit fermé, et qu'il soit constitué de trois à cinq patients. Ces derniers devront être capables, à minima, de soutenir leur attention. Les soignants pré-sélectionneront un à quelques jeux pour l'ensemble du cycle des séances. Ces jeux seront choisis par rapport à leurs visées thérapeutiques, pour qu'ils soient en adéquation avec les objectifs et les troubles des patients. Ils devront être ajustés en terme de difficulté. Il peut être intéressant de proposer des jeux coopératifs. Avant un cycle, si cela est possible, il sera recommandé de rencontrer chaque patient individuellement pour pouvoir lui présenter le média, et définir avec lui ses objectifs individuels. Une séance commencera par un temps d'accueil puis par l'explication ou le résumé rapide des règles du jeu. Ensuite, les patients et le soignant joueront. Par la suite un débriefing aura lieu, d'abord avec les patients, puis entre soignants. Une transmission écrite viendra conclure la séance. Bien sûr, chaque point de ce protocole doit être réfléchi en amont et pourra être adapté par les soignants au fonctionnement propre à leur service et à leurs patients, pour poser les bases thérapeutiques de ce média.

Enfin, bien qu'un jeu de société ait des effets transversaux, nous avons proposé un catalogue de jeux associés aux effets thérapeutiques qu'ils pourraient avoir. L'objectif est d'aider les soignants à choisir des jeux adaptés aux patients psychiatriques.

## Conclusion

Les jeux ont longtemps intrigué les sociologues, les enseignants et les psychiatres, qui se sont penchés sur cet outil pour en comprendre le sens et le but, chez l'enfant dans un premier temps. Cette réflexion est passée par la classification des jeux associée aux stades de développement de l'enfant. A l'école, ils sont régulièrement utilisés sous la forme de *Serious Games* et ont un rôle d'apprentissage ludique. En psychiatrie, la psychanalyse des enfants a permis la conceptualisation du jeu dans le développement psychodynamique, en définissant en outre le *play* et le *game*. Le jeu a pu être utilisé pour soigner en séances, dans le cadre de psychothérapies. Il est même décrit comme étant le point commun des différents types de psychothérapies.

De leur côté, les jeux de société ont, plus récemment, investi les institutions psychiatriques, d'abord chez l'enfant, puis, plus discrètement, chez l'adulte, tant dans les structures d'admission que dans les structures de soins à temps partiel, où ils sont utilisés comme thérapies de médiation.

Outre leur intérêt en temps que média, les jeux de société ont de nombreux bienfaits. Du fait de l'interaction sociale constante pendant une partie, les patients apprennent les règles sociales et du « jouer ensemble », sollicitant ainsi leur théorie de l'esprit. De plus, certains jeux entraînent spécifiquement les patients à la cognition sociale. Ainsi, le jeu de société est un très bon médiateur social qui permet la rencontre du patient avec l'autre. Cela est d'autant plus intéressant pour les patients psychiatriques qui sont régulièrement en difficulté dans leurs relations sociales. Étant parfois rejetés par leur voisinage, par leurs familles, et n'ayant pas ou peu d'amis, ils peuvent se sentir persécutés et considérer l'autre comme menaçant. Parfois, les patients psychiatriques sont trop apragmatiques pour initier le lien. Certains sont trop anxieux, trop introvertis, ou ont une faible confiance en eux, et n'arrivent pas à rentrer en contact avec l'autre. D'autres testent en permanence leur lien à l'autre par peur de l'abandon. Tous ces patients trouvent, par la pratique de ce média, le moyen de la rencontre. Ils peuvent alors s'ouvrir à l'autre sans danger. Comme le dit Freud en s'appuyant sur le principe de réalité et de plaisir : par le jeu, ces personnes s'échappent de la réalité pour mieux l'intégrer. Le lien social se voit retissé et donne l'envie aux patients de revenir dans la structure et dans l'atelier. La position du soignant savant est dépassée pour construire une alliance thérapeutique forte.

Mais l'intérêt des jeux de société ne se limite pas au lien social qu'ils facilitent. Ils sont ludiques, amusants et permettent aux patients de passer un bon moment. Certains peuvent être utilisés comme outil éducatif, comme média dans les thérapies cognitivo-comportementales, ou encore comme outil à la communication dans les entretiens psychiatriques systémiques. Plusieurs études constatent les effets des jeux de société sur la cognition et leur attribuent un rôle dans la remédiation cognitive en psychiatrie. D'ailleurs, les jeux de société ont des effets cognitifs sur les patients de tous âges. Leur intérêt chez le sujet âgé ayant des troubles cognitifs est très documenté. Pour cette population, les jeux ont même

été démontrés efficaces sur la dépression et l'anxiété. C'est grâce à cette force thérapeutique que des jeux de société ont été créés spécialement pour la psychiatrie adulte.

Le jeu de société est un outil médiatique aux effets vastes et variés qui a toute sa place en réhabilitation psychosociale. Son faible coût rend son intégration en psychiatrie facile. C'est probablement pour ces raisons que les jeux ont d'ores et déjà pu s'intégrer dans une prise en charge des patients en structure de soins à temps partiel, et plus particulièrement ceux de Haute Garonne. Ils y sont d'ailleurs très souvent utilisés comme outil de médiation, tant dans des ateliers que sur des temps informels. Si leur utilisation diffère d'une structure à l'autre, et si les jeux ne remplissent parfois qu'un objectif ludique et de plaisir, il est pertinent de les utiliser comme outils thérapeutiques de réhabilitation psychosociale. Pour ce faire, c'est à nous, soignants, d'en fixer le cadre et les objectifs de manière précise pour qu'ils soient vraiment efficaces.

Il nous a donc paru essentiel de décrire un protocole de mise en place d'un atelier de ludothérapie. Nous avons pour cela différencié les critères de ce protocole pour tenter de les normer. Une réflexion a été menée sur le cadre, les objectifs, la temporalité, le lieu, la place des soignants et des patients, le choix des jeux, et enfin, l'organisation d'un cycle et d'une séance. Ainsi, les soignants pourront s'emparer de ce travail pour amorcer une réflexion sur l'utilisation des jeux de société et pourront l'adapter à leurs besoins, leurs moyens, leur structure, et leurs patients. De plus, pour faciliter le choix des jeux, nous avons créé un catalogue de jeux utilisables dans ces ateliers, en associant chaque jeu à un ou plusieurs effets thérapeutiques supposés.

Concernant les perspectives de ce travail, il est tout d'abord nécessaire de poursuivre les études concernant la mise en place des jeux de société dans les ateliers thérapeutiques des structures de soins à temps partiel. Il serait intéressant de mettre en place une étude interventionnelle, contrôlée, randomisée s'appuyant sur le protocole d'utilisation des jeux de société que nous avons développé et sur une évaluation neuropsychologique avant et après l'intervention. Il serait également important d'étudier les effets des jeux dans le temps et le transfert de compétences dans la vie quotidienne du patient. Ensuite, il serait intéressant d'étudier la place et l'apport des jeux de société dans les structures d'admission. Enfin, il serait nécessaire de diffuser l'existence des jeux créés spécialement pour la psychiatrie, ou de créer un jeu adapté aux patients psychiatriques qui aurait une visée de remédiation cognitive, visée thérapeutique qui n'est pas actuellement présente dans les jeux créés pour la psychiatrie.

Pour conclure, il existe des jeux pour tout âge, pour toute durée de partie, pour tout nombre de joueurs, pour toute difficulté, somme toute, pour tout le monde. C'est comme cela que le jeu de société a pu s'installer un peu partout : dans le cercle amical et familial, dans les bars, dans les entreprises, et bien sûr, à l'hôpital. Nous ne pouvons qu'espérer que des études démontreront dans le futur

les effets cognitifs et sociaux des jeux sur l'adulte en population générale. Il sera alors conseillé de jouer à des jeux de société comme il a été conseillé de jouer d'un instrument de musique ou de faire du sport.

*Vu le président  
du jury Le 11/09/20*

**Professeur Christophe ARBUS**  
*Professeur des Universités - Praticien Hospitalier*  
**SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE  
ET PSYCHOLOGIE MÉDICALE**  
CHU TOULOUSE - 330, avenue de Grande-Bretagne  
TSA 70034 - 31059 TOULOUSE CEDEX 9  
N° FINES : 31 002 507 7 - N° RPPS : 10002909538

**Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
De Médecine Rangueil**

**E. SERRANO**

*17.09.2020*



# Bibliographie

1. Ubertalli, O. Il se vend presque un jeu de société par seconde en France. *Le Point* [https://www.lepoint.fr/art-de-vivre/le-grand-boom-des-jeux-de-societe-03-05-2020-2373920\\_4.php](https://www.lepoint.fr/art-de-vivre/le-grand-boom-des-jeux-de-societe-03-05-2020-2373920_4.php) (2020).
2. Syndicat national de l'édition. Chiffres clés de l'édition. *Syndicat national de l'édition* <https://www.sne.fr/economie/chiffres-cles/>.
3. CNC - Centre National du Cinéma et de l'Image Animée. Baromètre CNC-GfK de la vidéo physique 2018. *CNC - Centre National du Cinéma et de l'Image Animée* [https://www.cnc.fr/professionnels/etudes-et-rapports/barometre-cncgfk-de-la-video-physique-2018\\_927572](https://www.cnc.fr/professionnels/etudes-et-rapports/barometre-cncgfk-de-la-video-physique-2018_927572) (2019).
4. Benjamin, J. Les jeux de société, une passion française. *Le Parisien* <http://www.leparisien.fr/societe/les-jeux-de-societe-une-passion-francaise-08-12-2019-8212179.php> (2019).
5. Deep Blue. *IBM* <https://www.ibm.com/ibm/history/ibm100/us/en/icons/deepblue/>.
6. Tual, M. & Larousserie, D. Fan Hui, champion européen de go : « L'ordinateur joue comme un humain ». *Le Monde.fr* [https://www.lemonde.fr/pixels/article/2016/01/27/fan-hui-champion-europeen-de-go-je-suis-le-premier-joueur-pro-a-perdre-contre-une-machine\\_4854891\\_4408996.html](https://www.lemonde.fr/pixels/article/2016/01/27/fan-hui-champion-europeen-de-go-je-suis-le-premier-joueur-pro-a-perdre-contre-une-machine_4854891_4408996.html) (2016).
7. Tual, M. & Lamy, C. Des joueurs professionnels de « Starcraft II » écrasés par un programme d'intelligence artificielle. *Le Monde.fr* [https://www.lemonde.fr/pixels/article/2019/01/25/un-programme-d-intelligence-artificielle-ecrase-des-joueurs-professionnels-a-starcraft-ii\\_5414567\\_4408996.html](https://www.lemonde.fr/pixels/article/2019/01/25/un-programme-d-intelligence-artificielle-ecrase-des-joueurs-professionnels-a-starcraft-ii_5414567_4408996.html) (2019).
8. Bard, N. *et al.* The Hanabi Challenge: A New Frontier for AI Research. *Artif. Intell.* 32 p (2019) doi:10.1016/j.artint.2019.103216.
9. Space Cowboys. Unlock! *Space Cowboys* <https://www.spacecowboys.fr/unlock>.
10. Volumique | le monde de Yo-Ho. *Volumique* <https://volumique.com/v2/portfolio/le-monde-de-yo-ho/>.
11. Marcelli, D. & Cohen, D. in *Enfance et psychopathologie* pp 283-295 (Elsevier Masson, 2016).
12. Caillois, R. *Les jeux et les hommes: le masque et le vertige.* (Gallimard, 2006).
13. Sautot, J.-P., Collectif & Lhote, J.-F. *Jouer à l'école : Socialisation, culture, apprentissages.* (Canopé - CRDP de Grenoble, 2006).
14. Madoun, S. Les logiciels ludo-éducatifs sont-ils efficaces ? *01net* <https://www.01net.com/astuces/les-logiciels-ludo-educatifs-sont-ils-efficaces-398726.html> (2008).
15. Orth, J.-P. « Mon avatar a des troubles bipolaires ». *Santé Ment.* 189, pp 42-46 (2014).
16. Gaussot, L. La réalité sociale en tant que jeu. *Santé Ment.* 189, pp 78-85 (2014).
17. Caire, M. L'asile Sainte-Anne, organisation générale, règlement intérieur et vie quotidienne. <http://psychiatrie.histoire.free.fr/hp/stanne/p5.htm>.
18. Bailly-Salin, P. Le soin et l'activité. *VST - Vie Soc. Trait.* pp 139-146 (2018).
19. Freud, S. *Au-delà du principe de plaisir.* (Presses Universitaires de France, 2013).
20. Wainrib, S. Là où Ça joue. *Rev. Fr. Psychanal.* pp 109-126 (2004).
21. Klein, M., Derrida, M., Jones, E. & Abraham, N. La personnification dans le jeu des enfants. in *Essais de psychanalyse: (1921-1945)* pp 215-226 (Payot, 2008).
22. Klein, M. La technique psychanalytique du jeu : son histoire et sa signification. *Psychiatr. Enfant* 24, pp 197-221 (1981).
23. Winnicott, D. W. *Jeu et réalité: l'espace potentiel.* (Gallimard, 2018).
24. Winnicott, D. W. *La consultation thérapeutique et l'enfant.* (Gallimard, 2006).

25. Roussillon, R. *'La tour de Babel', rapport de synthèse du premier symposium européen sur la psychothérapie d'Auxerre.* (1981).
26. Quélin-Souligoux, D. De l'objet à la médiation. *Rev. Psychother. Psychanal. Groupe 41*, 29–39 (2003).
27. Roussillon, R. Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiations. *Carnet PSY 141*, pp 28-31 (2010).
28. Vacheret, C. Pourquoi le groupe et l'objet médiateur dans le soin psychique ? in *Au fil de la parole, des groupes pour dire* pp 269-278 (ERES, 2005).
29. Mille, C., Barthe, E., Bon Saint Come, M. & Delhaye, M. Thérapies avec médiations, ou la thérapeutique par surcroît : comment et quand poser l'indication d'un projet de soins « paradoxal » ? *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 63, 332–340 (2015).
30. Friard, D. Le jeu, un espace de liberté et de soin. *Santé Ment.* 189, 24 (2014).
31. Kaës, R. Médiation, analyse transitionnelle et formations intermédiaires. in *In : Chouvier B, Les processus psychiques de la médiation* 286 (Dunod, 2002).
32. Chouvier, B. La médiation dans le champ psychopathologique. *Carnet PSY 141*, pp 32-35 (2010).
33. Archambeau, S. *L'atelier d'expression en psychiatrie: L'expérience de Libourne.* (Eres, 2010).
34. Launois, M. Activités ou médiations ? *Ergothérapies* 68, pp 31-38 (2018).
35. Demily, C. & Franck, N. Cognitive remediation: a promising tool for the treatment of schizophrenia. *Expert Rev. Neurother.* 8, pp 1029-1036 (2008).
36. Franck, N. Clinique de la schizophrénie. *EMC - Psychiatr.* 10, pp 1-16 (2013).
37. Nuechterlein, K. H. *et al.* Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 72, pp 29-39 (2004).
38. Attali, D. Fonctions et processus cognitifs. *Santé Ment.* 231, pp 30-35 (2018).
39. Paillard, C. Jouer avec les émotions : l'atelier «Feelings». *Santé Ment.* 235, pp 14-19 (2019).
40. Franck, N. Apports des sciences cognitives au traitement de la schizophrénie. in *Psychose, langage et action : Approches neuro-cognitives* pp 89-99 (De Boeck, 2009).
41. McGurk, S. R., Twamley, E. W., Sitzer, D. I., McHugo, G. J. & Mueser, K. T. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *Am. J. Psychiatry* 164, 1791–1802 (2007).
42. Wykes, T. *et al.* Effects on the brain of a psychological treatment: cognitive remediation therapy: functional magnetic resonance imaging in schizophrenia. *Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci.* 181, pp 144-152 (2002).
43. Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. R. & Czobor, P. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *Am. J. Psychiatry* 168, pp 472-485 (2011).
44. Postel, J. & Quénel, C. *Nouvelle histoire de la psychiatrie.* (Dunod, 2012).
45. Licht, S. *Occupational Therapy Source Book.* (Williams & Wilkins, 1948).
46. Charness, N. The impact of chess research on cognitive science. *Psychol. Res.* 54, pp 4-9 (1992).
47. Cavezian, C., Berquand-Merle, M., Franck, N. & Demily, C. Chess self-training for cognitive remediation in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 98, p 53 (2008).
48. Demily, C. *et al.* The game of chess enhances cognitive abilities in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 107, pp 112-113 (2009).
49. Blasco-Fontecilla, H. *et al.* Efficacy of chess training for the treatment of ADHD: A prospective, open label study. *Rev. Psiquiatr. Salud Ment.* 9, pp 13-21 (2016).
50. Lillo-Crespo, M., Forner-Ruiz, M., Riquelme-Galindo, J., Ruiz-Fernández, D. & García-Sanjuan, S. Chess Practice as a Protective Factor in Dementia. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 16, (2019).

51. Sohn, W. S., Lee, T. Y., Kwak, S., Yoon, Y. B. & Kwon, J. S. Higher extrinsic and lower intrinsic connectivity in resting state networks for professional Baduk (Go) players. *Brain Behav.* 7, (2017).
52. Jung, W. H., Lee, T. Y., Yoon, Y. B., Choi, C.-H. & Kwon, J. S. Beyond Domain-Specific Expertise: Neural Signatures of Face and Spatial Working Memory in Baduk (Go Game) Experts. *Front. Hum. Neurosci.* 12, (2018).
53. Kim, S. H. *et al.* Baduk (the Game of Go) Improved Cognitive Function and Brain Activity in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatry Investig.* 11, pp 143-151 (2014).
54. Iizuka, A. *et al.* Pilot Randomized Controlled Trial of the GO Game Intervention on Cognitive Function. *Am. J. Alzheimers Dis. Other Demen.* 33, pp 192-198 (2018).
55. Iizuka, A. *et al.* Does social interaction influence the effect of cognitive intervention program? A randomized controlled trial using Go game. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 34, pp 324-332 (2019).
56. Cheng, S.-T., Chan, A. C. M. & Yu, E. C. S. An exploratory study of the effect of mahjong on the cognitive functioning of persons with dementia. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 21, pp 611-617 (2006).
57. Cheng, S.-T. *et al.* Mental and physical activities delay cognitive decline in older persons with dementia. *Am. J. Geriatr. Psychiatry Off. J. Am. Assoc. Geriatr. Psychiatry* 22, pp 63-74 (2014).
58. Chu-Man, L., Chang, M.-Y. & Chu, M.-C. Effects of mahjong on the cognitive function of middle-aged and older people. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 30, pp 995-997 (2015).
59. Zhang, H. *et al.* Playing Mahjong for 12 Weeks Improved Executive Function in Elderly People With Mild Cognitive Impairment: A Study of Implications for TBI-Induced Cognitive Deficits. *Front. Neurol.* 11, (2020).
60. Panphunpho, S., Thavichachart, N. & Kritpet, T. Positive effects of Ska game practice on cognitive function among older adults. *J. Med. Assoc. Thai. Chotmaihet Thangphaet* 96, pp 358-364 (2013).
61. Clarkson-Smith, L. & Hartley, A. A. The game of bridge as an exercise in working memory and reasoning. *J. Gerontol.* 45, pp 233-238 (1990).
62. Auchapt, Q. Métacognition et habilité sociale : Adaptation d'un jeu de société auprès de personnes souffrant de schizophrénie. (Université Catholique de Paris, 2015).
63. Régnier, M. Impact des jeux de société sur l'aspect cognitif de patients en addictologie. (Amiens, 2018).
64. Dartigues, J. F. *et al.* Playing board games, cognitive decline and dementia: a French population-based cohort study. *BMJ Open* 3, (2013).
65. Verghese, J. *et al.* Leisure Activities and the Risk of Dementia in the Elderly. *N. Engl. J. Med.* 348, pp 2508-2516 (2003).
66. Lee, A. T. C. *et al.* Association of Daily Intellectual Activities With Lower Risk of Incident Dementia Among Older Chinese Adults. *JAMA Psychiatry* 75, pp 697-703 (2018).
67. Nakao, M. Introduction of 'Shogi' health promotion project in Kakogawa City. Tokyo. in (2017).
68. Nakao, M., Furukawa, H., Kitashima, C. & Noda, S. Subjective well-being and problem-solving skills for alleviating the stress of elderly men attending a randomized controlled trial of shogi-assisted cognitive behavioral therapy. *Biopsychosoc. Med.* 13, 11 (2019).
69. Cheng, S.-T., Chow, P. K., Yu, E. C. S. & Chan, A. C. M. Leisure activities alleviate depressive symptoms in nursing home residents with very mild or mild dementia. *Am. J. Geriatr. Psychiatry Off. J. Am. Assoc. Geriatr. Psychiatry* 20, pp 904-908 (2012).
70. Lin, Q., Cao, Y. & Gao, J. The impacts of a GO-game (Chinese chess) intervention on Alzheimer disease in a Northeast Chinese population. *Front. Aging Neurosci.* 7, 163 (2015).

71. De la Genardière, C. Jouer sept familles aux cartes ? *Divan Fam.* 7, pp 33-43 (2001).
72. Mousnier, E., Knaff, L. & Es-Salmi, A. Les cartes Dixit comme support aux représentations métaphoriques : un média d'intervention systémique sous mandat. *Ther. Fam.* 37, pp 363-386 (2016).
73. Calicis, F. Intérêt de l'utilisation des objets flottants dans l'approche des pans les plus douloureux de l'histoire des patients et de leur famille. *Ther. Fam.* 27, pp 339-359 (2006).
74. Finkelstein, C. & Vacheret, C. Groupes photolangage® avec des patients psychosomatiques et des patients souffrant de crises de panique. *Rev. Psychother. Psychanal. Groupe* 59, pp 201-216 (2012).
75. Bidault, V. *Protéger pour éduquer, Génogramme avec cartes Dixit.* (2017).
76. Sociab'Quizz : Les habiletés sociales en questions. <http://www.pipsa.be/outils/detail-2139614097/sociab-quizz-les-habilites-sociales-en-questions.html>.
77. Catheline, N. & Marcelli, D. Un jeu pour déplier sa pensée: La 8e dimension. *J. Psychol.* 236, pp 44-47 (2006).
78. Le qu'en dit-on - Version junior. <http://www.pipsa.be/outils/detail-2139613939/le-qu-en-dit-on-version-junior.html>.
79. Khazaal, Y. & Favrod, J. Michael's Game ou le jeu des hypothèses. *Santé Ment.* 189, pp 52-56 (2014).
80. Khazaal, Y. *et al.* A card game for the treatment of delusional ideas: A naturalistic pilot trial. *BMC Psychiatry* 6, p 48 (2006).
81. Khazaal, Y. *et al.* 'Michael's Game,' a card game for the treatment of psychotic symptoms. *Patient Educ. Couns.* 83, pp 210-216 (2011).
82. Khazaal, Y. Michael's Game, un jeu d'entraînement au raisonnement par hypothèse : étude randomisée contrôlée de son impact auprès de patients avec un trouble psychotique. *Eur. Psychiatry* 28, p 96 (2013).
83. Khazaal, Y. *et al.* Reducing Delusional Conviction through a Cognitive-Based Group Training Game: A Multicentre Randomized Controlled Trial. *Front. Psychiatry* 6, p 66 (2015).
84. Khazaal, Y. *et al.* A game for smokers: a preliminary naturalistic trial in a psychiatric hospital. *Patient Educ. Couns.* 70, 205–208 (2008).
85. Khazaal, Y. *et al.* 'Pick-Klop,' a Group Smoking Cessation Game. *J. Groups Addict. Recovery* 5, pp 183-193 (2010).
86. Khazaal, Y. *et al.* Impact of a board-game approach on current smokers: a randomized controlled trial. *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy* 8, p 3 (2013).
87. Rey, Y. Le jeu de l'oie (Loi) systémique. *Thérapie Familiale* [http://www.therapie-familiale.org/resonances/pdf/jeu\\_de\\_loi.pdf](http://www.therapie-familiale.org/resonances/pdf/jeu_de_loi.pdf).
88. Bukatari, F. & Martinier, C. Un jeu de plateau comme support à la communication. *Soins Aides Soignantes* 63, pp 24-25 (2015).
89. Quand le gant de toilette reste sec... <http://www.pipsa.be/outils/detail-367149619/quand-le-gant-de-toilette-reste-sec-reedite-en-2017.html>.
90. Plein la tête. <http://www.pipsa.be/outils/detail-2003531474/plein-la-tete.html>.
91. Kelly, S. Trivia-psychotica: the development and evaluation of an educational game for the revision of psychiatric disorders in a nurse training programme. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 2, pp 366-367 (1995).
92. Bhoopathi, P. S. & Sheoran, R. Educational games for mental health professionals. *Cochrane Database Syst. Rev.* (2006).
93. Entraide & MOI. <http://www.pipsa.be/outils/detail-2139614101/entraide-moi.html>.
94. Gremaud, K. Développer les habiletés sociales par le jeu. *Santé Ment.* 183, pp 44-48 (2013).
95. Favrod, J., Aillon, N. & Bardiot, G. Compétence : un cheval de Troie dans les soins.

- Cah. Psychiatr.* pp 47-53 (1995).
96. Linlaud-Fougeret, V., Catheline, N., Chabaud, F. & Gicquel, L. Harcèlement entre pairs en milieu scolaire. *Neurropsychiatrie Enfance Adolesc.* (2014).
  97. Le qu'en dit-on ? - Version Adulte. <http://www.pipsa.be/outils/detail-2139613938/le-qu-en-dit-on-version-adulte.html>.
  98. De « J'ai trompé ma femme ! » à « J'ai violé ma fille... ». *J. Psychol.* n° 334, pp 32-37 (2016).
  99. Laccourreye, V. *Le qu'en dit-on ? Etats des savoirs sur la maltraitance* 315–319 (Editions Karthala, 2007).
  100. Torres, A., Mendez, L. P., Merino, H. & Moran, E. A. Improving social functioning in schizophrenia by playing the train game. *Psychiatr. Serv. Wash. DC* 53, pp 799-801 (2002).
  101. Liberman, R. P. & Derisi, W. J. *Social Skills Training for Psychiatric Patients.* (Pergamon Press, 1989).
  102. Aubeau, C. *La médiation thérapeutique en psychiatrie : Supports & techniques de resocialisation.* (Heures de France, 2006).
  103. Oury, J. *Création et schizophrénie.* (Editions Galilée, 1989).
  104. Koeppe, M. Le groupe dans le soin institutionnel en psychiatrie. *Divan Fam.* N° 6, pp 167-182 (2001).

# Annexes

## Annexe 1 : Questionnaire

### Utilisation des jeux de société dans votre service

Dans le cadre de ma thèse, nous nous sommes interrogés sur l'intérêt et l'utilisation des jeux de société dans la prise en charge de soin à temps partiel des patients de psychiatrie adulte en Haute Garonne. En effet les jeux de société y sont largement présents et régulièrement utilisés. L'intérêt de ma thèse est de savoir dans quelles situations et dans quels buts ils sont utilisés. Cela permettrait ainsi d'avoir une vision plus globale de leur utilisation et de la visée recherchée dans l'ensemble des structures de soin à temps partiel de Haute Garonne. Ainsi en accord avec Dr Bounhoure, qui est la directrice de cette thèse, nous vous adressons ce questionnaire qui vous prendra une vingtaine de minutes.

Il sera plus intéressant de le faire remplir par le soignant qui utilise le plus les jeux de société dans la structure ou qui est référent d'un atelier thérapeutique utilisant cet outil.

Je vous adresse ce mail malgré la situation très particulière que nous traversons. N'hésitez pas à me contacter si vous êtes dans l'impossibilité de remplir ce questionnaire dans de bonne condition ou si vous avez la moindre des questions.

Je vous remercie d'avance du temps que vous consacrerez à ce questionnaire.

Christophe Brun, Interne en psychiatrie en 7ème semestre

Numéro de téléphone 0684464786

Mail [chrstph.brun@gmail.com](mailto:chrstph.brun@gmail.com)

\*Obligatoire

#### 1. Nom de votre service \*

\_\_\_\_\_

#### 2. Type de structure \*

*Une seule réponse possible.*

- Hôpital de jour
- Centre post cure
- CATT
- Autre : \_\_\_\_\_

---

#### 3. Faites-vous une évaluation à l'entrée du patient ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non
- Autre : \_\_\_\_\_
-

4. Quelle est cette évaluation ? \*

Plusieurs réponses possibles.

- Pas d'évaluation
- Bilan neuropsychologique / cognitif
- Bilan psychologique
- Echelles
- Questionnaires

Autre :  \_\_\_\_\_

5. Pouvez-vous lister les bilans, les tests, les échelles et/ou les questionnaires utilisés ?

\_\_\_\_\_

---

6. Quel est votre métier ? \*

Une seule réponse possible.

- Infirmier
- Aide soignant
- Cadre de santé
- Psychologue
- Neuropsychologue
- Psychomotricienne
- Orthophoniste
- Ergothérapeute
- Professionnel socio-éducatif (Educateur spécialisé, Moniteur Educateur, Educateur sportif,...)
- Psychiatre
- Interne en psychiatrie
- Autre : \_\_\_\_\_

Vos  
jeux de  
société

Les jeux de société sont des jeux de plateaux, de cartes, de dés et autres... Ils sont utilisés généralement autour d'une table. Comme exemples les plus connus, nous pouvons citer : les échecs, la belote, le monopoly, le dixit, le time's up, le dooble, etc...

7. Avez vous des jeux de société dans votre service ? \*

Une seule réponse possible.

- Oui    Passer à la question 8
- Non    Passer à la question 12

Vous avez des jeux de société dans votre structure

8. Quels types de jeux sont disponibles dans votre service ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Des jeux de société créés spécialement pour la psychiatrie (Sociab quizz, Feelinks/Feelings, 8ème dimension, Compétence, Le qu'en dit-on, El tren...)
- Des jeux de société du grand public et disponibles dans le commerce (Fnac, Grande récréée, magasins spécialisés,...)
- Des jeux créés ou réadaptés par votre service.

9. Le cas échéant, quels jeux de société spécialement créés pour la psychiatrie possédez-vous ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Sociab quizz
- Feelinks/Feelings
- Compétence
- Le qu'en dit-on ?
- El tren
- Pick Klop
- Le jeu de l'oie systémique
- Mickael's Game

Autre :  \_\_\_\_\_

10. Si vous possédez des jeux de société disponibles dans le commerce (Fnac, Grande récréée, magasins spécialisés,...), pouvez-vous les lister ?

---

---

11. Si vous possédez des jeux créés ou réadaptés par votre service, pouvez-vous décrire quels jeux et comment ils ont été réadaptés ?

---

---

Vous n'avez pas de jeux de société dans votre service

12. Pourquoi n'avez vous pas de jeux de société dans votre service ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Les soignants ne s'intéressent pas aux jeux de société
- Les soignants ne voient pas de possible effet thérapeutique des jeux de société
- Les jeux ne peuvent pas être achetés par manque de financement
- Les patients de l'hôpital de jour ne sont pas adaptés aux jeux de société (trop déficitaires, trop désorganisés, en crise,...)
- Aucune raison particulière

Autre :  \_\_\_\_\_

13. Pensez-vous qu'utiliser des jeux de société dans votre structure améliorerait la prise en charge de vos patients ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

14. Pourquoi ? \*

---

---

---

---

---

**Atelier  
thérapeutique  
sur le jeu de  
société**

Un atelier est défini par un cadre thérapeutique. Il est réfléchi et s'inscrit à la fois dans le temps par sa régularité, et dans l'espace par un lieu défini. Il répond à des objectifs précis. Des soignants en sont référents. Le groupe peut être fermé, c'est-à-dire que les patients y participant restent les mêmes pendant l'ensemble des séances. Le groupe peut être ouvert, c'est-à-dire que les patients y participant peuvent être admis en cours d'année ou peuvent décider de ne plus venir.

15. A ce jour, avez-vous déjà mis en place des ateliers thérapeutiques utilisant les jeux de société ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui    *Passer à la question 16*
- Non    *Passer à la question 40*

Vous avez déjà mis en place des ateliers thérapeutiques utilisant les jeux de société.

16. Le groupe de l'atelier est-il ouvert ou fermé ?

*Une seule réponse possible.*

- Ouvert, les patients sont admis en cours d'année ou peuvent décider de ne plus venir
- Fermé, les patients sont toujours les mêmes pendant l'ensemble des séances.
- Autre : \_\_\_\_\_

17. Si le groupe est fermé, combien de cycles d'ateliers ont été mis en place en un an ?

*Une seule réponse possible.*

- 1  
 2  
 3  
 Autre : \_\_\_\_\_

18. Si le groupe est fermé, quand a eu lieu le dernier cycle d'ateliers ?

\_\_\_\_\_

19. Quelles sont les pathologies retrouvées dans ces groupes ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Schizophrénie/Trouble psychotique  
 Trouble bipolaire  
 Trouble dépressif  
 Trouble de la personnalité  
 Trouble anxieux  
Autre :  \_\_\_\_\_

Concernant les derniers ateliers :

20. Quelle était la fréquence des séances ? \*

*Une seule réponse possible.*

- 1 fois par mois  
 1 fois tous les 15 jours  
 1 fois par semaine  
 2 fois par semaine  
 Autre : \_\_\_\_\_

21. Si le groupe est fermé, combien de séances ont été programmées pour ce cycle ?

\_\_\_\_\_

22. Combien de temps dure chaque séance ? \*

\_\_\_\_\_

23. Combien en moyenne y a-t-il de patients dans le groupe ? \*

*Une seule réponse possible.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5  
 Autre : \_\_\_\_\_

24. Pendant l'atelier combien y a-t-il de soignants ? \*

*Une seule réponse possible.*

- 1  
 2  
 Autre : \_\_\_\_\_

25. Quels types de soignants sont présents ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Infirmier  
 Aide soignant  
 Professionnel socio-éducatif (Educateur spécialisé, Moniteur Educateur, Educateur)  
 Psychologue  
 Psychomotricienne  
 Orthophoniste  
 Ergothérapeute  
 Psychiatre  
 Interne  
 Cadre de santé

Autre :  \_\_\_\_\_

26. Quels sont le ou les rôles du ou des soignants ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Il(s) joue(nt) avec les patients  
 Il(s) ne joue(nt) pas car il(s) est(sont) présent(s) en temps qu'observateur(s)  
 Il(s) ne joue(nt) pas car il(s) aide(nt) les patients à jouer  
 Il(s) ne joue(nt) pas car il(s) soutien(t/nent) le cadre

Autre :  \_\_\_\_\_

27. Combien de jeux utilisez vous dans un ensemble de séance

*Une seule réponse possible.*

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5  
 Autre : \_\_\_\_\_
-

28. Pouvez-vous lister le ou les jeu(x) que vous utilisez pendant l'atelier ? \*

---

---

---

---

---

29. Utilisez-vous des jeux de société spécifiquement, en fonction des troubles des patients ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

30. Si oui, quels jeux sont utilisés pour quels apports, quels effets attendus pour les patients ?

---

---

---

---

---

31. Si non, pourquoi utilisez-vous ces jeux ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Parce qu'ils sont considérés par les soignants comme thérapeutiques bien que non spécifiques à un trouble  
 Parce qu'ils sont stimulants intellectuellement  
 Parce qu'ils sont considérés comme les plus amusants ou les plus plaisants à jouer  
 Parce qu'ils sont les plus simples et/ou rapides à jouer  
 Par habitude d'y jouer

Autre :  \_\_\_\_\_

---

32. Faites-vous une évaluation du patient après chaque session de l'atelier ? (ensemble de séances) \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Pas d'évaluation  
 Bilan neuropsychologique / cognitif  
 Bilan psychologique  
 Echelles  
 Questionnaires

Autre :  \_\_\_\_\_

---

33. Le cas échéant, pouvez-vous lister les bilans, les tests, les échelles et/ou les questionnaires utilisés ?

---

---

---

---

---

34. Lors de cette évaluation, avez-vous constaté une amélioration clinique des patients?

*Une seule réponse possible.*

- Amélioration forte
- Amélioration modérée
- Amélioration légère
- Pas d'amélioration
- Aggravation clinique

- 
35. Si oui, sur quels points les patients se sont-ils améliorés ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Langage écrit et oral
- Fonction exécutive (Initiation, Logique, Inhibition, Planification, Anticipation, Flexibilité cognitive)
- Attention et Concentration
- Mnésique (de travail, procédurale, sémantique,...)
- Cognition sociale (prévoir et expliquer les comportements de soi et des autres et comprendre les règles sociales)
- Métacognition (pensée connaissance de son propre fonctionnement et de celui d'autrui)
- Gestion de la colère et de la frustration
- Baisse de l'anxiété
- Meilleures connaissances culturelles
- Amélioration psychomotrice
- Autre :  \_\_\_\_\_

36. Avez-vous perçu une amélioration clinique subjective des patients en lien à l'utilisation des jeux de société ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Amélioration forte en lien à l'utilisation des jeux de société
- Amélioration modérée en lien à l'utilisation des jeux de société
- Amélioration légère en lien à l'utilisation des jeux de société
- Pas d'amélioration en lien à l'utilisation des jeux de société
- Aggravation clinique en lien à l'utilisation des jeux de société

37. Si une amélioration subjective a été perçue, sur quels points les patients se sont-ils améliorés ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Langage écrit et oral
- Fonction exécutive (Initiation, Logique, Inhibition, Planification, Anticipation, Flexibilité cognitive)
- Attention / Concentration
- Mnésique (de travail, procédurale, sémantique,...)
- Cognition sociale (prévoir et expliquer les comportements de soi et des autres et comprendre les règles sociales)
- Métacognition (connaissance de son propre fonctionnement et de celui d'autrui)
- Gestion de la colère et de la frustration
- Baisse de l'anxiété
- Meilleures connaissances culturelles
- Amélioration psychomotrice

Autre :  \_\_\_\_\_

38. Tracez-vous dans le dossier du patient une observation après chaque séance ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

39. Avez-vous écrit un article sur ces ateliers ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

*Passer à la question 42*

**Vous n'avez jamais mis en place d'ateliers thérapeutiques utilisant les jeux de société.**

- 
40. Voudriez-vous, à court ou moyen terme, mettre en place un atelier thérapeutique ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
  - Non
-

41. Existe-t-il des difficultés à mettre en place un atelier de jeux de société ? \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- Les soignants ne s'intéressent pas aux jeux de société
- Les soignants ne voient pas de possible effet thérapeutique des jeux de société
- Les jeux ne peuvent pas être achetés par manque de financement
- Les patients de l'hôpital de jour ne sont pas adaptés aux jeux de société (trop déficitaires, trop désorganisés, en crise,...)
- Il manque du personnel pour créer cet atelier
- Aucune difficulté particulière

Autre :  \_\_\_\_\_

*Passer à la question 42*

**Sur des  
temps  
informels**

Nous considérons les temps informels comme des temps de jeu non programmés, ponctuels, à la demande d'un soignant ou d'un patient, non protocolisés, sans cadre thérapeutique.

42. Sur des temps informels, les jeux de société sont-ils utilisés dans le service ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui *Passer à la question 43*
- Non *Passer à la question 52*

**Les jeux de société sont utilisés sur des temps informels**

---

43. Est ce qu'au moins un soignant est présent quand les patients jouent ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Tout le temps
- Souvent
- Parfois
- Jamais

**Quand des soignants sont présents :**

44. Combien de soignants sont présents en moyenne ? \*

*Une seule réponse possible.*

- 0
  - 1
  - 2
  - Autre : \_\_\_\_\_
-

45. Quels types de soignants sont présents à ces jeux ?

Plusieurs réponses possibles.

- Infirmier
- Aide soignant
- Professionnel socio-éducatif (Educateur spécialisé, Moniteur Educateur, Educateur)
- Psychologue
- Psychomotricienne
- Orthophoniste
- Ergothérapeute
- Psychiatre
- Interne
- Cadre de santé

Autre :  \_\_\_\_\_

---

46. Quels sont le ou les rôles du ou des soignants ?

Plusieurs réponses possibles.

- Il(s) joue(nt) avec les patients
- Il(s) ne joue(nt) pas car il(s) est(sont) présent(s) en temps qu'observateur(s) et soutien(s) du cadre
- Il(s) ne joue(nt) pas car il(s) aide(nt) les patients à jouer

Autre :  \_\_\_\_\_

47. Quels jeux sont utilisés quand au moins un soignant est présent ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

48. Par qui les jeux sont-ils choisis ?

Une seule réponse possible.

- Les patients choisissent eux-mêmes
- Les soignants orientent le choix des jeux
- Autre : \_\_\_\_\_

49. D'après vous, pourquoi les jeux de société sont joués sur des temps informels ?

Plusieurs réponses possibles.

- Ils sont plaisants à jouer, amusants
- Ils sont considérés comme plus stimulants intellectuellement
- Ils sont habituellement joués
- Ils sont simples et rapides à jouer
- Ils sont considérés par les soignants comme thérapeutiques

Autre :  \_\_\_\_\_

---

50. Quand au moins un soignant est présent, dans quels buts sont utilisés les jeux de société ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Dans le but d'occuper le patient et de le faire participer à une activité
- Dans un but de stimulation cognitive, de gestion émotionnelle, ou de changement comportemental

Autre :  \_\_\_\_\_

Quand il n'y a pas de soignant pendant les parties de jeux de société

51. Quels jeux sont utilisés sans supervision ?

---

---

---

---

---

*Passer à la question 55*

Les jeux de société ne sont pas utilisés de manière informelle

52. A votre avis, pourquoi les jeux de société de votre service ne sont-ils pas utilisés de manière informelle ? \*

---

---

- 
53. Pensez-vous qu'utiliser des jeux de société dans ce contexte participerait à l'amélioration des programmes de soin proposés aux patients ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

54. Pourquoi ? \*

---

---

Après avoir  
répondu à ce  
questionnaire

Des jeux de société ont été créés spécifiquement pour la psychiatrie pour entraîner les habilités sociales, dans un but éducationnel, ou pour servir d'outil dans les thérapies systémiques. Malheureusement, peu d'études existent sur les jeux de société en psychiatrie, mis à part sur les échecs. Ces études constatent une efficacité au niveau cognitif, et plus précisément sur les fonctions exécutives (initiation, planification, et inhibition). En pédopsychiatrie, les échecs et le Go ont été démontrés comme efficaces sur l'attention et les symptômes des enfants TDAH.

En gériatrie, plusieurs études ont été menées sur l'intérêt des jeux de société traditionnels (Échecs, jeu de Go, Mah-jong, Ska, Bridge). Ces études démontrent les effets de ces jeux dans l'amélioration des symptômes anxio-dépressifs, de la cognition des sujets âgés ayant une démence, ou dans la prévention de l'apparition d'une démence.

POUR CETTE PARTIE, NE REMPLISSEZ QU'UNE DES TROIS PREMIÈRES  
QUESTIONS, CELLE QUI CORRESPOND A VOTRE SITUATION.

55. Si vous n'utilisez pas de jeux de société, avez-vous maintenant comme projet de les utiliser ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Sur des temps informels  
 Sur des ateliers spécifiques sans évaluation  
 Sur des ateliers spécifiques avec évaluation  
 Aucun projet

56. Si vous utilisez déjà des jeux de société de manière informelle, est ce que cela vous a donné envie de mettre en place des ateliers spécifiques autour de ce média.

*Une seule réponse possible.*

- Oui sans évaluation  
 Oui avec évaluation  
 Non

57. Si vous avez déjà des ateliers spécifiques, cela vous a-t-il donné d'autres axes de travail, et si oui lesquels ?

---

---

---

---

---

58. Avez-vous des remarques ou des réflexions sur ce questionnaire ou plus généralement sur les jeux de société ?

---

---

## Annexe 2 : Liste des structures enquêtées

### Centre Hospitalier Gérard Marchant :

- Secteur 1 :
  - CATTP Villa Albert
  - HDJ Lalanne
  - CATTP Muret
  - HDJ Muret :
- Secteur 2 :
  - CATTP Les Arènes
  - HDJ les Arènes
  - CATTP Carbonne
  - HDJ Carbonne
- Secteur 3 :
  - CATTP Les minimes
  - HDJ Les Raisins
  - HDJ Negreneys (Psychogériatrie)
- Secteur 4 :
  - CATTP Saint Sauveur
  - CATTP Nailloux
- Secteur 5 :
  - CPC Pont de Bois
  - Centre de soins étudiants et jeunes adultes (CATTP)
  - CATTP Saint Michel
- Secteur 6 :
  - CPC Maignan
  - CATTP Colomiers
- Secteur 8 :
  - CATTP Marengo
  - CATTP RECIFS
  - CATTP Bessières
- Intersectoriel 3 et 8
  - C2RPS

### Centre Hospitalo-Universitaire de Purpan :

- Unité de Soins Ambulatoires (ex UF5)
- HDJ Intersectoriel

### Structures privées

- HDJ MGEN
- Centre Après (Centre Post-cure)
- HDJ Route Nouvelle
- HDJ CATTM Aufrery
- HDJ Cèdre bleu
- HDJ de Montberon
- HDJ de Castelveil
- HDJ de Seysses
- HDJ de Mailhol
- HDJ de Marigny

**Etat des lieux sur la place et l'apport des jeux de société  
dans les structures de soins à temps partiel  
des patients de psychiatrie adulte en Haute Garonne**

---

**RÉSUMÉ :**

Les jeux ont pu être classifiés et associés aux enfants dans une approche développementale et psychodynamique jusqu'à être considéré comme soin par la psychanalyse. Chez l'adulte, plusieurs études montrent que les jeux de société, grand public ou créés spécialement pour la psychiatrie, peuvent être utilisés en tant que réhabilitation psychosociale : remédiation cognitive ; stimulation de la cognition sociale ; outil éducatif ; outil dans les thérapies cognitivo-comportementales ; outil dans les entretiens systémiques. D'un point de vue pratique, nous avons observé que les jeux de société étaient largement utilisés dans les structures de soins à temps partiel de Haute Garonne, tant sur des temps informels qu'au cours d'ateliers. Dans le but de poser les bases thérapeutiques de ce média, nous avons décrit un protocole de mise en place d'un atelier de ludothérapie visant à dépasser le caractère uniquement ludique des jeux. De plus, nous avons tenté de créer un catalogue de jeux utilisables dans le cadre de ces ateliers, en associant chaque jeu à un ou plusieurs effets thérapeutiques supposés.

---

**TITRE EN ANGLAIS :** Study of Board Games' Role and Benefits in the Mental Health Day Care Institutions for Adults of the Haute Garonne Region.

---

**DISCIPLINE ADMINISTRATIVE :** Psychiatrie

---

**MOTS-CLÉS :** état des lieux, jeux de société, jeu de société, jeu, jeux, psychiatrie, adulte, réhabilitation psychosociale, remédiation cognitive, habiletés sociales, cognition sociale, éducationnel, protocole, activité, atelier, média, Haute Garonne, hôpitaux de jour, HDJ, CATTP, CPC

---

**INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :**  
Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,  
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

---

**Directrice de thèse :** Nathalie BOUNHOURE