

# Conter en C.A.N.T.O.U. Étude sur des effets d'atelier de contes auprès de personnes institutionnalisées atteintes de maladie d'Alzheimer évoluée

E. SAUCOURT

DOCTEUR EN ANTHROPOLOGIE SOCIALE ET CULTURELLE. SPÉCIALISTE EN LITTÉRATURE ORALE.  
DIPLOMÉE DE L'UNIVERSITÉ LUMIÈRE LYON2.

RÉSUMÉ/ABSTRACT

↑

Notre article présente une recherche pluridisciplinaire en psychologie et anthropologie qui s'inscrit dans une tentative d'évaluation des thérapies non médicamenteuses auprès de malades d'Alzheimer. Il s'agit de mettre à jour et d'interroger les effets bénéfiques des activités non médicamenteuses de médiation culturelle comme alternative permettant de diminuer l'anxiété. L'étude a porté sur 4 sites, 154 patients, 8 groupes, elle a duré 2 ans avec 12 séances de conte (une tous les 15 jours) pour chaque groupe. L'étude psycho-sociale basée sur la randomisation, avec un groupe témoin et un groupe conte, a utilisé une série de tests (Démotivation P. Thomas, GDS-15 items – dépression-, Estime de soi, QoL-AD, NPI). Un organisme indépendant, en a tiré les résultats statistiques. L'étude anthropologique comporte une observation des séances, des interviews avec les soignants, les référents (personnels qui encadraient et assistaient à l'atelier), les conteurs et des familles. Nombreuses hypothèses formulées au départ de cette étude ont été validées, même s'il reste encore certaines interrogations, afin que cet atelier puisse être validé au rang des thérapies non médicamenteuses pour les personnes atteintes par la MA.

**MOTS CLÉS:** Conte – Alzheimer – Thérapie non médicamenteuse – Médiation culturelle.

## STORY-TELLING IN C.A.N.T.O.U. STUDY ON THE EFFECTS OF STORY-TELLING WORKSHOPS ON INSTITUTIONALIZED PATIENTS WITH ADVANCED ALZHEIMER'S DISEASE

Our article presents pluridisciplinary research in psychology and anthropology in an effort to evaluate non-medicating therapeutic techniques for Alzheimer's patients. The purpose is to bring to light and examine the benefits of cultural activities as an alternative for reducing patient anxiety. The study was carried out in four separate locations, with 154 patients in 8 groups over the space of two years, with 12 storytelling sessions (one every two weeks) per group. The randomized psycho-social study, with a control group and a storytelling group used a series of tests (Demotivation P. Thomas, GDS-15 items –depression-, Self-esteem, QoL-AD, NPI). An independent organization then developed statistical results from this information. The anthropological study included observation of the sessions, interviews with the nursing staff, personnel who attended and ran the workshops, the storytellers and the patients' families. Several of the hypotheses formulated at the beginning of the study have been validated, even though numerous questions remain in order for this type of workshop to be validated as a non-medicating therapy for patients suffering from Alzheimer's disease.

**KEY WORDS:** Storytelling – Alzheimer – Non-medicating therapeutic technique – Cultural activities.

## Introduction

Le présent article présente les résultats d'une recherche-évaluation, en psycho-sociale et en anthropologie, portée par l'association *Confluences*, en partenariat scientifique avec le Professeur Louis Ploton, Professeur en Gérontologie à l'Institut de Psychologie, Université Lumière Lyon 2, concernant l'*Évaluation des effets de l'atelier de contes auprès de personnes institutionnalisées atteintes de maladie d'Alzheimer évoluée*<sup>1</sup>.

Le rapport de l'ANAES<sup>2</sup> en 2003 "Prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer et

des troubles apparentés» fait apparaître que rien ne permet d'affirmer des progrès cognitifs patents au moyen de thérapies de ce type. Mais ce rapport qui brosse un large panorama de presque tout ce qui est offert aux malades, précisément place sur le même plan des pratiques rééducatives, des pratiques animatives et des tentatives d'approches psychothérapeutiques, sans discriminer ce en quoi leurs effets peuvent tendre à différer.

Or, indépendamment de toute tentative d'évaluation objective, il existe un consensus assez général chez les soignants «de terrain» des

établissements impliqués (Centres de gériatrie et EHPAD) pour admettre, à propos des médiations groupales qu'elles procurent chez les malades un sentiment de bien-être et des améliorations comportementales. Mais le lien entre ces prises en charge non médicamenteuses et les changements comportementaux des patients n'a jusqu'à présent pas été prouvé. Un phénomène d'autosuggestion est toujours possible et c'est pour cette raison que ce lien mérite d'être étudié de façon objective.

L'approche pluridisciplinaire du projet est donc née de la nécessité de croiser les regards autour d'une

préoccupation commune : vérifier dans quelle mesure l'action culturelle conte développée au sein d'unités de soin spécifiques Alzheimer, dans des établissements de santé ou des unités d'hébergement classiques accueillant des malades atteints de maladie d'Alzheimer, peut contribuer à améliorer la qualité du soin et la qualité de vie des patients.

Nous nous sommes donc attelés conjointement à analyser les ateliers contes proposés, par le versant « groupe » pour la psychologie et par le versant « conte » pour l'anthropologie. Cette double expertise permettant une approche plus complète des mécanismes et des phénomènes observés par les acteurs de terrain (conteurs et soignants). Nous vous proposons ici les résultats et observations concernant exclusivement les personnes malades et les ateliers.

## Méthodologie générale de la recherche

### Rappel du Protocole clinique (Tableau 1)

Nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- **Première hypothèse :** l'atelier conte stimule diverses fonctions à un niveau individuel :
- L'écoute, donc les capacités attentionnelles
- Le langage sur le plan de la compréhension et de l'expression
- La mémoire des faits anciens
- L'imagination et la construction d'images mentales
- **Deuxième hypothèse :** au niveau groupal, puisque l'atelier conte met en jeu incontestablement des processus affectifs, dont la mémoire affective et la motivation, on peut penser qu'elle réveille aussi des émotions passées et apporte du plaisir. Qu'elle stimule ainsi la communication, et peut alors améliorer la vie relationnelle et l'intégration du malade dans la collectivité. Nous avons aussi souhaité répondre aux questions suivantes :
- Peut-il avoir un effet restructurant en réanimant une représentation du monde chez des patients dont le psychisme est altéré comme dans la MA ?

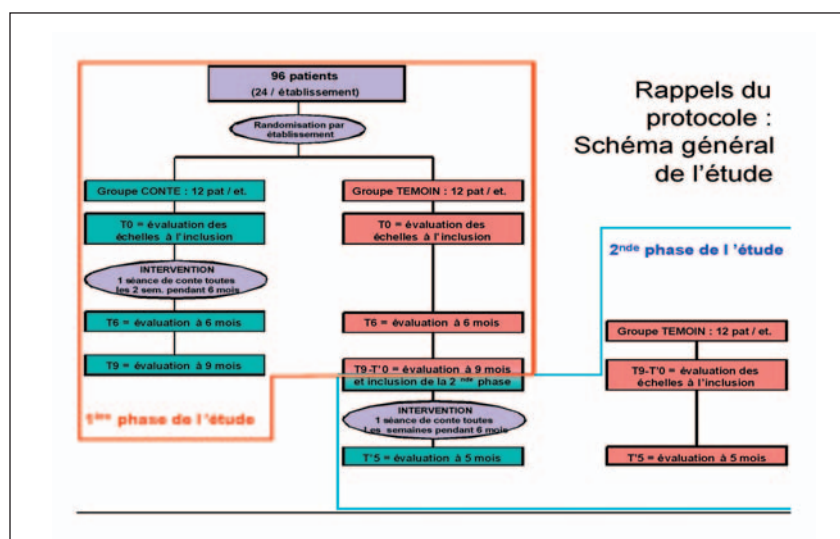


Tableau 1. Rappel du protocole technique

- Apporte-t-il un effet apaisant en apportant du bien-être ?
- Améliore-t-il la qualité de vie des malades ?

En fait, cette expérience nous invite à réfléchir sur l'impact individuel de cette activité comme un possible outil thérapeutique parmi d'autres et à en mesurer les effets de façon objective sur la base d'un protocole scientifique.

#### 1.1.1. Métrologie

L'étude a visé à mesurer l'effet de l'atelier conte, proposé régulièrement pendant 6 mois à un groupe

de patients atteints de MA ou d'affections apparentées à un stade sévère, sur le plan de certains items individuels :

- L'estime de soi,
- La motivation,
- La thymie,
- Le comportement,
- Et la consommation de psychotropes.

L'évaluation a été réalisée par des échelles objectives, validées (Tableau 2), comportant :

- L'échelle de démotivation de P Thomas, dans sa version courte
- L'échelle de dépression de Cornell →

Rappels du protocole : métrologie

8 échelles d'évaluation :

Échelles	Nb items	Score min	Score max	Interprétation
de démotivation version courte (EAD)	4	4	16	Score élevé = démotivation (seuil de démotivation commence à 10)
de dépression GDS-15 items	15	0	15	Score élevé = dépression (0-5 : normal et > 5 : suggère une dépression)
de dépression de Cornell	19	0	38	Score élevé = dépression
d'estime de soi	10	10	40	Score élevé = bonne estime de soi
de qualité de vie QoL-AD aidant	13	13	52	Score élevé = bonne qualité de vie
de qualité de vie QoL-AD patient	13	13	52	Score élevé = bonne qualité de vie
NPI : 12 domaines comportementaux	2	0	12	Score pour chaque dimension (Fréq. x Gravité) Score élevé = trouble médicalement important
CMAI Agitation phys. non agressive	13	0	91	Score élevé = souvent agité
CMAI Agitation verb. non agressive	4	0	28	Score élevé = souvent agité
CMAI Agitation + agressivité phys.	9	0	53	Score élevé = souvent agité
CMAI Agitation + agressivité verb.	3	0	21	Score élevé = souvent agité

Tableau 2. Echelles utilisées pour l'évaluation de l'étude.

- • L'échelle d'estime de soi de Rosenberg
- L'échelle de qualité de vie QOLAD (quality of life in Alzheimer disease) de Logsdon dans la version française (en fin de validation par JL Novella)
- L'échelle de troubles du comportement NPI (Neuropsychiatric Inventory) dans sa version française validée par P Robert

Tous les tests ont été réalisés par des psychologues, avec recueil de données auprès des équipes soignantes ou après évaluation directe des patients, sous la supervision du psychologue hospitalier.

Les données ont été analysées sur le plan statistique par comparaison des 2 groupes de sujets, groupe conte et groupe témoin, pour les différentes échelles, par un organisme indépendant, Kappa Santé.

Ces éléments objectifs ont été confrontés à la perception des soignants et recueillis avec une grille spécifique portant sur l'attention au récit, l'expression gestuelle et les interactions entre les participants du groupe.

### 1.1.2. Les Effectifs (Tableau 3)

L'atelier conte s'est réalisé avec des groupes d'environ 8 à 12 personnes (parfois bien plus dans les groupes ouverts), durant environ 50 min. à 1h, deux fois par mois, au sein des unités, dans un lieu bien identifié, selon un horaire fixe. L'étude sur les deux années a totalisé 167 patients sur 8 groupes contes et 8 groupes témoins.

1.1.3. Une analyse de la consommation de psychotropes a été réalisée à l'inclusion, à 6 mois et 9 mois avec une comparaison entre les 2 groupes de sujets. Les médicaments étaient classés en 3 catégories :

- Sédatifs/anxiolytiques/hypnotiques,
- Antipsychotiques/neuroleptiques
- Antidépresseurs

### 1.1.4. Méthodologie

- Calcul d'un score pour chacune des 8 échelles d'évaluation à chaque temps de mesure

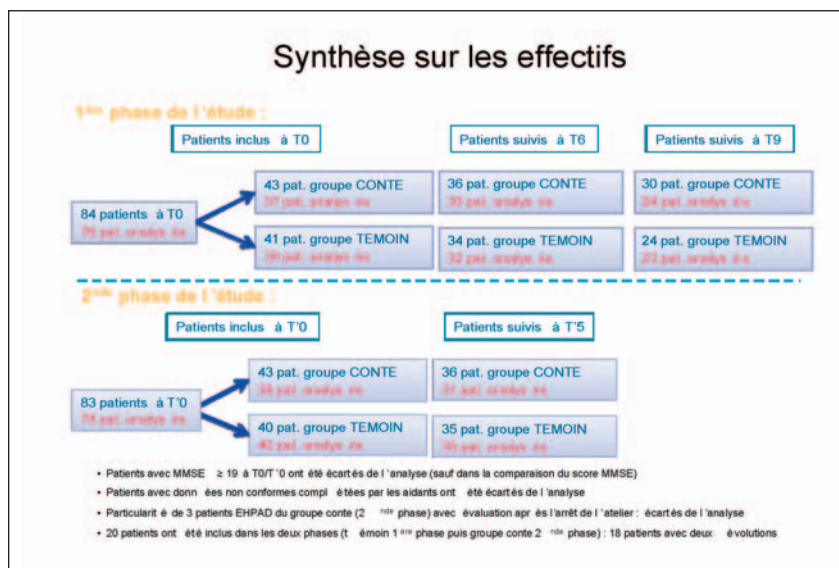


Tableau 3. Composition des groupes.

→ Si l'un des items d'un score est manquant, le score n'a pas été calculé. Particularité pour le QoL-AD : si au plus 2 items manquants, ces valeurs ont été remplacées par la valeur moyenne des autres items. si + de 2 items manquants, le score n'était pas calculé.

- **Comparabilité** des deux groupes Conte vs. Témoin : sur les caractéristiques sociodémographiques, sur le MMSE et sur les scores aux échelles à l'inclusion T0/T'0

→ Test non paramétrique de Wilcoxon sur séries non appariées

- **Comparer** deux distributions observées d'une même variable qualitative entre deux groupes indépendants Contes vs. Témoin (exemples : sexe, prescriptions)

→ Test de Khi-deux d'indépendance, si effectifs théoriques  $< 5$  test exact de Fisher

- **Evaluer** les évolutions entre T0 et T6 (calcul de la différence : score à T6 - score à T0),

T6 et T9 (calcul de la différence : score à T9 - score à T6) et

T'0 et T'5 (calcul de la différence : score à T'5 - score à T'0)

pour les deux groupes Conte et Témoin et tester leur significativité

→ Test non paramétrique de Wilcoxon des rangs signés sur séries appariées

- **Comparer** les évolutions de

score (T6-T0, T9-T6 et T'5-T'0) entre les deux groupes Conte vs. Témoin

→ Test non paramétrique de Wilcoxon sur séries non appariées

- **Seuil** de significativité fixé à 0.05 pour tous les tests

### Le cadre anthropologique

Le travail d'investigation anthropologique s'est conformé aux exigences du protocole psychologique.

Les hypothèses initiales concernaient à la fois les personnes malades elles-mêmes, le personnel soignant et administratif et plus généralement la réflexion théorique sur les potentialités de cette approche. On s'arrêtera ici aux hypothèses et résultats concernant les personnes malades. On espérait pouvoir observer :

- **La validation** de cette approche non médicamenteuse de la MA et des affections apparentées, pour en proposer la diffusion, si des effets bénéfiques pouvaient être mis en évidence sur le plan des fonctions psychiques et du bien-être

- **Une réflexion** théorique sur l'impact du conte, comme médiateur dans la communication avec les malades, et support d'une « reconstruction » de la représentation du monde, lorsque l'appareil psychique et l'appareil de communication sont altérés.

Les données ont été recueillies à l'aide d'observation systématiques

des ateliers contes à la fréquence d'une séance sur deux, et des entretiens ont été réalisés avec les professionnels soignants et les conteurs.

### Contexte la recherche

L'étude a été réalisée sur 4 sites institutionnels du Languedoc Roussillon, dans des unités spécifiques Alzheimer ou des unités d'hébergement classiques, accueillant des personnes atteintes de MA ou d'affections apparentées :

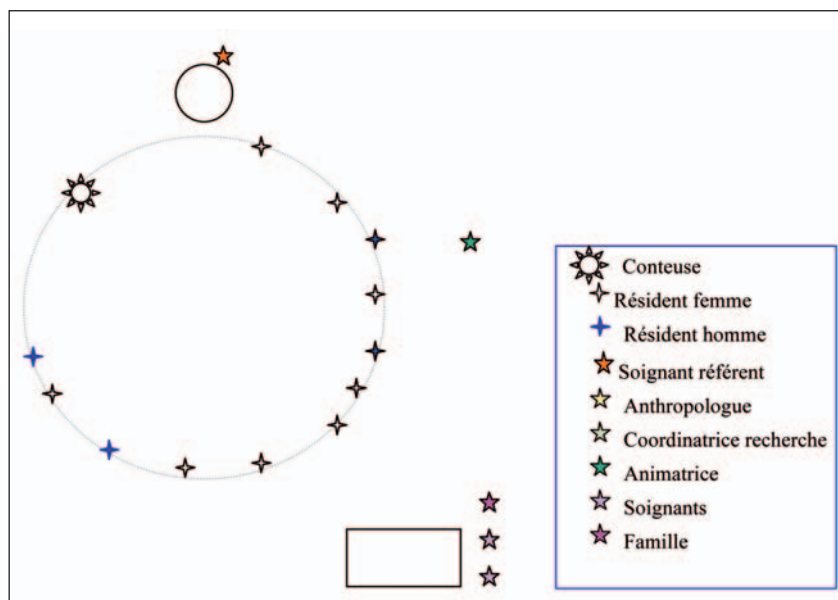
- Le service de Gérontologie Clinique du Centre Antonin Balmes et du Centre Bellevue au CHU de Montpellier (Pr C Jeandel, chef de service), conteuse Anne Ferriot.
- Le centre Serre Cavalier du service de Gérontologie et Prévention du Vieillessement du CHU de Nîmes (Dr D Strubel, chef de service), conteuses Dominique Piris et Béatrice Saunier.
- Le service de soin de longue durée de l'hôpital local de Pont St Esprit (Dr Gabaï, médecin responsable), conteurs Véronique Aguilar et Serge Valentin.
- La maison de retraite EHPAD « Les Œuvres et Institutions des Diaconesses de Reuilly du Sud-Est » (OIDR) sites : le Château de Montvaillant à Boisset et Gaujac, et le Château de La Bahou à Anduze dans le Gard (Dr P Racano, et P Lafont médecin coordonnateur), conteuse Véronique Aguilar.

Cette activité étant en place dans les structures concernées depuis des années, un avis d'un comité d'éthique n'était pas nécessaire. L'accord de la personne de confiance ou à défaut de la personne référente du malade, de son tuteur le cas échéant, a été demandé pour la participation aux groupes bénéficiant de l'atelier conte.

### Observations et analyse anthropologique des ateliers et des patients

#### Pratiques de conte au sein des établissements

Le projet est né de l'expérience de plusieurs années en unité de soin pour personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer d'une conteuse



Dessin 1 : dispositif des ateliers séance type du 16-06-08 CHU Montpellier.

professionnelle, Véronique Aguilar, formée et rattachée au Centre Méditerranéen de Littérature Orale d'Alès dans le Gard. C'est à partir de ses constatations empiriques, qu'elle a instigué ce travail de recherche pour qu'enfin les scientifiques valident un travail de terrain probant.

Cette étude tire une grande part de son caractère innovant et pertinent de son historique : ce sont les professionnels de terrain (conteurs) qui ont cherché à faire valider une pratique auprès des malades, que leur expérience leur a révélée probante. Les pathologies qui touchent à la mémoire effraient autant les individus que le collectif. Comment parler de l'oubli ? Est-ce un vide, un manque de... ? Lévi-Strauss<sup>3</sup> soutient que l'oubli est moins un défaut de communication avec autrui qu'avec soi-même : « oublier c'est manquer de dire à soi-même ce qu'on aurait dû pouvoir se dire ». Pourtant, souvent, comme le note à juste titre Roger Bastide<sup>4</sup>, « les oublis sont souvent des vides pleins de quelque chose ». La mémoire oublieuse n'est pas toujours un champ de ruines, elle peut être le départ de nouvelles constructions. L'oubli peut être de l'ordre de la déconstruction pour un nouveau départ individuel ou collectif. Toujours est-il que l'oubli est le corollaire de la mémoire, non que nous devons les opposer : ils vont

de pair, dans un équilibre plus ou moins précaire.

Toute vie humaine est un apprentissage de l'oubli par la perte active : de la jeunesse, de ses amis, de ses parents, de ses illusions, de la vie. La peur de la perte de la mémoire est viscéralement attachée à la peur de la mort, de la disparition. Si l'on marque, on perdure. Une culture qui fait trace perdure dans le temps, fait trace dans l'histoire.

Les personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer entrent en écho avec cette peur sourde de l'homme et de la société : la disparition. Plus que la personne malade c'est sa déficience mémorielle qui effraie, miroir sans reflet pour son entourage et pour la société. Une personne qui s'échappe du cadre, qui échappe aux règles sociales, aux usages, à la communication, pour entrer dans une temporalité sans repère et sans norme. Une personne « asociale », comme on peut être apatride.

Comment se mettre en résonance pour les sortir de l'isolement où les enferme l'oubli ? Il semblerait que le conte ait trouvé la voie.

Les travaux réalisés par Nadine Decourt et Odile Carré<sup>5</sup> avec des groupes interculturels ouvrent cette voie du conte comme objet déclencheur de réminiscences : « La littérature orale est une littérature qui se transmet par le bouche-à-oreille,



→ dans l'instant de la performance ; elle est constitutive d'une mémoire collective de la longue durée, sorte de répertoire localisé et pourtant sans frontière, que l'Unesco dénomme patrimoine oral et immatériel de l'humanité. »

Il semblerait que le conte permette de donner du sens. Il agit en s'appuyant sur les grands archaïsmes de l'être humain et apporte une aide dans l'approche de certaines pathologies lourdes, comme celle des enfants autistes, expérience développée par P. Laffogue.

#### Déroulement du dispositif

Les conteurs sont seuls à mener l'atelier conte. Ils ont scrupuleusement préparé leur séance par le choix des contes, leur enchaînement, les respirations, le rythme, autour d'un thème souvent choisi en fonction du calendrier ou des tâches quotidiennes du pays. Ils ont, dans l'ensemble, respecté la forme de chaque séance avec un rituel d'ouverture, une histoire courte, une respiration (jeux de mots et devinettes), une histoire longue, une respiration (chansons), une histoire courte, un rituel de fermeture.

Conformément à la tradition de la veillée du conte, il a été posé dès le départ une configuration des participants en cercle autour du conteur. Le cercle est à la fois un symbole universel et le dispositif privilégié de moments de parole. Il est protecteur et rassurant. C'est un dispositif démocratique qui permet de s'exprimer de manière équitable, dans le cercle dessiné par la parole du conte, le conteur, les résidents, les soignants, sont sur un plan d'égalité humaine.

Après la séance suivie d'un goûter pris en commun, le référent et le conteur s'isolent pour remplir la grille dans un moment de debriefing. C'est une grille d'observation collective, qui s'est imposée comme un objet médiateur entre les différents professionnels. Cet outil a servi de révélateur de conflits larvés, de retour sur la pratique pour les conteurs et il a inscrit, pour le personnel soignant, l'atelier conte dans

<p><b>LIEU</b> Salle commune pour les groupes ouverts Salle commune fermée pour les groupes fermés</p>
<p><b>DURÉE</b> 45mn</p>
<p><b>INTERVENANT</b> Conteur professionnel</p>
<p><b>RÉPERTOIRE</b> Celui du conteur, en excluant les contes merveilleux connotés enfance</p>
<p><b>ENCADREMENT</b> Un référent soignant • Un référent animation</p>
<p><b>INSTALLATION</b> Tous les participants (patients, soignants, familles, etc.) sont installés en cercle autour du conteur</p>
<p><b>STRUCTURATION</b> Accueil des patients de façon individuelle par le conteur Une formule rituelle d'ouverture Un conte court, une respiration, un conte long, une respiration, un conte court Une formule rituelle de fermeture Dissolution du cercle Moment convivial pour le groupe (goûter)</p>
<p><b>RETOUR SUR LA PRATIQUE</b> Un debriefing pour le conteur et les référents avec un outil d'évaluation de l'atelier</p>

Tableau 4 : cadre type des ateliers.

le cadre d'une recherche, par la contrainte systématique et structurée qu'il a imposée.

#### Observations des personnes malades

Nous avons pu constater de façon récurrente lors d'observations systématiques :

- *Un apaisement* : moins d'agressivité, moins d'agitation physique ou verbale
- *Une écoute* : attention soutenue, interaction avec la conteuse, parfois même une certaine anticipation du récit ou plus spécifiquement de la narration (un mot dit avant, le rythme fredonné avant, les paroles d'une chanson en avance)
- *Une interaction et un échange* entre les personnes du groupe : discussion, apaisement, remise à leur place, faire le calme pour l'écoute, préparation de devinettes

pour l'atelier, écriture de poésie pour l'atelier.

- *Une interaction avec la conteuse* : répond aux devinettes, aux questions, lui pose des questions, la complimente, la remercie
- *Une libération de la parole intime et des émotions* liées à leur histoire personnelle

#### Des clefs pour comprendre La figure du cercle

C'est le cercle protecteur, en tant que forme enveloppante, tel un circuit fermé ou le cercle magique que l'on va tracer autour de nous pour nous défendre des intrusions extérieures. Le cercle est à la fois un symbole universel et le dispositif privilégié des moments de parole. Universel car il renvoie à la circularité du disque solaire, à la ronde des planètes autour du soleil, au tourbillon de tout ce qui se meut, mais aussi à la quête du spirituel et du divin.

Ici plus encore, la circularité du dispositif renvoie aux « cercles de paroles<sup>6</sup> » que l'on peut retrouver dans de nombreuses cultures. Un dispositif démocratique qui permet à chacun de s'exprimer de manière équitable, sans discriminations ni à-priori. Dans le cercle dessiné par la parole du conte, le conteur, les patients, les soignants sont sur un plan d'égalité humaine. D'ailleurs, dans un premier temps, les soignants ont été résistants à s'inscrire dans ce cercle. Ce n'est que lorsqu'ils ont franchi le pas qu'ils ont entendu chuchoter, senti frissonner ou trembler à l'écoute d'une histoire.

### Une parole opérante

Conter auprès de personnes MA c'est pouvoir, d'un côté, dans la droite ligne des travaux de Pierre Lafforgue, apporter aux personnes : la guidance de la trame comme une matrice de reconnaissance ; la fulgurance et la prégnance du motif (forme récurrente) comme un facilitateur d'émergence des images individuelles, archétypales ou symboliques enfouies dans la mémoire ; par le jeu de structuration des oppositions binaires révélées par les travaux du structuralisme, c'est offrir une sorte de structuration logique, « contenance d'angoisse ». Comment opère la parole du conte ?

### PAR UNE RITUALISATION

Il faut que le conteur réduise la distance qui sépare la réalité de l'univers du merveilleux, qu'il dresse une passerelle pour que l'auditoire puisse le rejoindre dans ce monde qu'il va faire naître dans leur imaginaire et sous leurs yeux. C'est pourquoi les personnes sont introduites à l'univers du récit par une **formule rituelle d'ouverture**. Elle manifeste la volonté du conteur d'introduire son auditoire à un espace psychique en rupture avec le quotidien. La formule la plus connue est : « il était une fois... ».

La formule liminaire a plusieurs fonctions : d'une part elle permet d'attirer et fixer l'attention des auditeurs avant même le début du récit, d'autre part elle est une invitation au voyage dans un monde radicale-

ment différent où le surnaturel est de règle et où l'ordre habituel des choses est renversé. Mais aussi elle permet de lier les membres de l'auditoire, de l'intégrer à l'espace psychique du récit pour favoriser pleinement le sentiment de solidarité et la prise de conscience qu'une aventure commune va débiter. La formule rituelle opérait comme une assurance pour maîtriser l'épisodique et l'aléatoire de la séance.

### PAR LA CRÉATION DU CONTE ET DES LIENS

Qu'est-ce ce que le groupe conte ? Un cercle d'écoute, comme une « société d'écoute ». Ce qui fait l'appartenance à ce cercle, à l'instar de la communauté, ce n'est pas la reconnaissance d'appartenir à une minorité (vieux, Alzheimer, service X, EHPAD Y), mais la reconnaissance de l'autre comme participant à la même dynamique, à la même création. Ce « cercle d'écoute » ne se constitue pas de facto en réunissant en forme de cercle des personnes choisies par leur dossier médical. Il se crée au fur et à mesure des histoires racontées, quand chacun reconnaît pour l'autre :

- Des buts communs : écouter ensemble des histoires, partager une activité commune, rompre l'isolement
- Une existence : participation aux ateliers, évocation de moments de vie, réaction commune à certains contes
- Une place dans le cercle : circulation de la parole, identification de chaque place, réseau de reconnaissance et de connaissance
- Une interculturalité : le conte parle quelque soit son origine culturelle (la sienne et celle du conte),
- Une part de création : la séance de conte s'enrichit des variantes et des gloses apportées par l'auditoire.

L'atelier conte induit donc un nécessaire tissage entre les membres de son auditoire pour pouvoir se réaliser. C'est l'apport de chacun qui fait la séance. L'apport en terme de silence, d'attitude, de parole et d'interaction avec le conteur et

les autres. J'ai pu entendre cette remarque très juste « *le conte est la seule activité que l'on propose aux personnes âgées où ils sont libres de faire ou de ne rien faire, d'être tout simplement là et partager. Ce n'est pas de la passivité comme devant la télé, mais leur simple écoute crée la dynamique du groupe.* »

C'est un espace où se règlent (sans en parler) les conflits du vivre ensemble, où se jouent les solidarités (un tel va aider l'autre à parler, ou va l'apaiser en lui posant la main sur l'épaule). Nous avons ici une spécificité du conte, celle de recréer dans l'écoute en cercle le cercle social, qui suggère la protection, l'égalité, la coopération et d'appartenance ; le renvoie à l'image archétypale de la société.

### Un retour à la parole ?

On a constaté beaucoup de résurgences lors de ces séances, comme des sources qui percent sous l'épaisseur de la vie. Des choses très intimes, liées au vécu émotionnel et sentimental des personnes. Pendant un conte sur l'origine des contes, sur le modèle des Mille et Une Nuits, une femme s'est mise à raconter sa condition de femme battue. Plus que des souvenirs qui resurgissent, ce qui fascine, c'est le retour à la narration de cette personne depuis longtemps enfermée dans un langage répétitif. D'autres, à l'évocation d'un corps de métier particulier (jardinier, viticulteur, lavandière), vont à leur tour raconter les gestes liés au métier qui était le leur. **Une reconnaissance par le sensible**. Comme si les histoires archétypales véhiculées par les contes venaient parler à l'inconscient diront certains, à l'intériorité diront d'autres ; à cette part unique et universelle chez chacun d'entre nous.

### Résultats cliniques

#### 3.1. Patient type

- Majorité de femmes, âge moyen de 85 ans
- Pas de différence entre le groupe CONTE et le groupe TEMOIN sur les caractéristiques sociodémo-

		CONTES (N=30)	TÉMOINS (N=32)	TOTAL (N=62)
Sexe	Femme	25 (83,3%)	26 (81,3%)	51 (82,3%)
	Homme	5 (16,7%)	6 (18,8%)	11 (17,7%)
Âge des patients	Moyenne (+/-ET)	86,1 (+/- 6)	84,5 (+/- 7,7)	85,3 (+/- 6,9)
	IC 95 %	[83,8 - 88,4]	[81,7 - 87,3]	[83,5 - 87]
	Médiane	85	85,5	85
	Min-Max	74 - 100	61 - 96	61 - 100
Score au MMSE à l'inclusion	Moyenne (+/-ET)	11,1 (+/- 3,1)	13,4 (+/- 2,7)	12,3 (+/- 3,1)
	IC 95 %	[9,9 - 12,3]	[12,5 - 14,4]	11,5 - 13,1]
	Médiane	11	14	12,5
	Min-Max	6 - 18	8 - 18	6 - 18

Tableau 5 : caractéristiques des patients.

- graphiques (Khi-2 = 0,046 ; p = 0,83 pour le sexe et W = 990 ; p = 0,53 pour l'âge)
- Différence sur le score du MMSE à T0 (W = 733 ; p = 0,003) : les patients du groupe conte ont un MMSE moins élevé (M = 11,1) que celui du groupe témoin (M = 13,4).

### 3.2. Résultats obtenus

#### 3.2.1. Dans la première phase, entre T0 et T6 :

- Une amélioration significative concernant les troubles du comportement, portant sur les hallucinations (donnée recueillie au NPI)
- Un accroissement significatif de l'agitation verbale non agressive (telle que définie par l'échelle CMAI)
- Une amélioration de la dépression (évaluée par la GDS 15) faisant passer les patients qui ont bénéficié des groupes « CONTE » d'un niveau de dépression significativement plus grave que pour les « témoins » à un niveau du même ordre (plus de différence significative).

3.2.2. Dans la dernière phase de l'étude après le cross over (les témoins initiaux devenant des patients) entre T'0 et T'5 :

- Une amélioration significative concernant les troubles du comportement, portant sur la qualité du sommeil (donnée recueillie au NPI)
- Une tendance (p = 0,06) à l'amélioration de la dépression (évaluée par la GDS 15).

On constate que sans le conte les patients retombent au niveau des témoins.

On retiendra aussi qu'il n'est pas relevé de différence significative de traitements psychotropes entre « patients » et « témoins » à T6 et T'5.

Il n'y a pas, non plus, été constaté d'évolution différentielle significative du niveau cognitif (évalué au MMS de FOLSTEIN) entre les groupes. Les variations observées, à la hausse ou à la baisse, ont été en moyenne de moins de 2 points, ce qui est cliniquement peu probant.

### Conclusion

Nombres des hypothèses formulées au départ de cette étude ont été validées, même s'il en reste beaucoup d'interrogations, afin que cet atelier puisse être validé au rang des thérapies non médicamenteuses

pour les personnes atteintes par la MA. Tout d'abord, en sciences humaines, il avait été question d'une amélioration de la connaissance des malades par les soignants ; on peut affirmer, par l'étude anthropologique, qu'il y a eu un net progrès dans ce sens. Nous avons aussi imaginé que cette activité pouvait être perçue à la fois comme un moment de plaisir et comme une activité bénéfique pour le malade, permettant une remotivation des soignants et nous avons pu constater un véritable élan de la part des référents et des services, pour qui malheureusement l'arrêt de cette pratique a parfois déclenché la colère du personnel.

Une passerelle a été établie, pour un instant, entre le monde du soin et le monde artistique. Serait-il possible qu'un jour, un atelier conte puisse s'inscrire dans la durée dans ce genre d'établissements ?

En clinique, nous avons formulé l'hypothèse que le conte stimulait diverses fonctions comme la mémoire des faits anciens, l'imagination et la reconstruction d'images mentales ; l'échelle des troubles du comportement NPI, pour ce qui est de l'item « hallucinations », ayant

réagi de manière significative, nous pouvons penser que cette hypothèse était juste. Il a été observé par les conteurs sur le terrain une qualité d'écoute, dite *écoute active* en anthropologie, qui semblerait coïncider avec les résultats positifs obtenus par l'échelle de la GDS-15 sur la dépression.

Il y avait une autre hypothèse qui concernait le langage, sur le plan de la compréhension et de l'expression. Or, l'échelle du CMAI montre un accroissement significatif de l'agitation verbale non-agressive en 1<sup>ère</sup> année. Bien que beaucoup plus atté-

nué en 2<sup>ème</sup> année, nous pouvons faire le parallèle avec ce que le travail anthropologique nomme « le retour à la narration » comme une capacité réelle de reconstruction de l'imaginaire. Il serait très intéressant d'approfondir ce point plus en avant.

En travaillant sur les motifs des répertoires des conteurs, nous pourrions avoir accès aux images qui font écho chez les personnes. N'oublions pas que le conte est une parole en image. Il y a de nombreux travaux actuellement sur l'image et la mémoire. Le motif dans le conte permet, par les images qu'il suscite cet

accès direct aux mémoires hétérogènes et hybrides enfouies en l'homme. Travailler sur le motif permettrait aussi d'identifier et d'associer les manifestations qu'il suscite chez les personnes : retour à la parole, expression non verbale, manifestation émotionnelle. Quel motif produit quelle réaction, réveille quelle mémoire ? Le champ d'investigation reste ouvert et appelle de nouvelles collaborations pour continuer à explorer cette rencontre fructueuse et étonnante entre le conte et les personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer. ■



## RÉFÉRENCES

(1) Recherche financée par la CNSA, Fondation Médéric Alzheimer, Fondation de France, L'OIDR su Sud Est, La DRAC et l'ARH du Languedoc Roussillon. Equipe de la recherche : V. Aguilar, conteuse, initiatrice de la recherche, coordinatrice, association Confluences ; J. Martin, spécialiste des statistiques, Kappa Santé ; L. Ploton, Professeur de gérontologie, Laboratoire « Santé Individu Société » [E.A.4129], Institut de Psychologie (Université Lumière Lyon-2) ; E. Saucourt, anthropologue, chercheuse associée CREA (Université Lumière de Lyon2.), D. Strubel, médecin Gériatre, chef de Clinique au CHU de Nîmes.

(2) Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.

(3) Lévi-Strauss C. Anthropologie structurale II. Paris, Plon, 1973.

(4) BASTIDE R. Sociologie des maladies mentales. Éditions Flammarion, 1965

(5) DECOURT N., CARRÉ O. Contes, groupes et imaginaire : une pratique interculturelle. L'autre PAROLE – n°19-20, a Maison du Conte de Bruxelles, Juillet 2005.

(6) Le cercle de parole est une technique de discussion ancestrale, utilisée notamment par certaines tribus amérindiennes. On retrouve son principe en Afrique avec ce qu'on nomme, l'arbre à palabres, qui est un élément essentiel de la tradition orale et désigne un lieu de rassemblement où l'on s'exprime sur la vie en société, les problèmes du village, la politique, etc.