

MEMOIRE DE MASTER 2

PY 01921V

Pertinence d'une intervention thérapeutique basée sur la narration de soi,
médiatisée par le jeu « Des Récits et des Vies© »,
sur les processus contribuant à l'adaptation.

Travail réalisé par

CANOVAS-CASTANIER Cathy n° 21106359

MICHEL-MOREAU Geneviève n° 21205959

Sous la direction de

MME CUERVO-LOMBARD Christine-Vanessa

Assesseur

MME IGIER Valérie

Année 2016 / 2017

REMERCIEMENT

Nous remercions chaleureusement notre Directrice de mémoire, Madame Cuervo Lombard, qui n'a pas failli à sa réputation d'enseignante rigoureuse, exigeante, attentive, encourageante et bienveillante. Ses conseils nous ont été particulièrement précieux pour construire et mener à terme notre travail.

Nous remercions aussi Madame Igier d'avoir accepté, une fois encore, d'être notre assesseur et de consacrer du temps à l'évaluation de notre mémoire. Nous sommes toujours très sensibles à son opinion.

Nous exprimons toute notre reconnaissance à nos maîtres de stages pour leurs précieux soutiens et conseils, sans l'appui desquels notre recherche n'aurait pas pu aboutir. Nous remercions plus particulièrement Madame Brunet-Jarrige et Madame Martin d'avoir accepté d'être présentes à notre soutenance.

Notre mémoire n'aurait pas pu être réalisé sans la participation des 11 personnes qui ont accepté de répondre à nos questionnaires et de participer à nos ateliers. Nous leur adressons un grand merci.

Nous remercions aussi tous ceux de nos proches qui nous ont soutenues et supportées !

RESUME

L'institutionnalisation constitue une rupture brutale dans l'existence du sujet âgé impactant, bien souvent, la perception de son sentiment d'identité, d'unicité, de continuité et mettant à l'épreuve ses ressources adaptatives. L'objectif de notre recherche auprès d'aînés vivant en EHPAD, était d'examiner l'efficacité d'une intervention basée sur la narration de soi, laquelle, en agissant sur le bien-être global, la motivation et le soutien social « perçu », devrait contribuer à une meilleure adaptabilité psychologique aux pertes et aux contraintes liées à ce nouveau mode de vie.

Dans notre étude, 11 participants, ayant donné leur consentement, ont participé à un atelier thérapeutique utilisant, comme support, le jeu « Des Récits et des Vies© ». Une série de questionnaires a été administrée aux participants lors d'une entrevue individuelle, en début et en fin d'intervention. Le protocole de recherche comprenait l'évaluation : de la symptomatologie anxio-dépressive (HAD) ; de l'adaptation de la personne âgée à sa résidence (EAPÂR) ; du bien-être global (MHC-SF) ; du soutien social perçu (QSSP) et de la motivation concernant les activités (EMPA). Etant donné le nombre de participants, des tests non paramétriques ont été effectués. Une analyse statistique, au moyen du logiciel SPSS® Statistic 20, composée de Test de Friedman et de corrélations (Rho de Spearman), a été réalisée. Une grille d'observation a également permis d'observer l'évolution de chaque participant au cours des 8 séances.

Globalement, les résultats montrent une amélioration significative de l'intervention sur : le bien-être global, le type de motivation pour l'engagement dans les activités futures et le soutien social perçu des participants. Toutes ces variables contribuent à l'amélioration significative de l'adaptation de la personne âgée à la résidence.

Mots clés : thérapie narrative, adaptation à la résidence, bien-être global, motivation intrinsèque, motivation autodéterminée, soutien social perçu, personnes âgées.

Article en 3322 mots

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p.1
MATERIEL ET METHODE	p.4
Outils	p.4
Le Mini Mental State Examination : MMSE	p.4
L'Hospital Anxiety and Depression Scale : HADS	p.4
L'Echelle d'Adaptation de la Personne Âgée à sa Résidence : EAPÂR	p.4
Le Mental Health Continuum Short Form : MHC-SF	p.5
Le Questionnaire de Soutien Social Perçu : QSSP	p.5
L'Echelle de Motivation chez les Personnes Âgées : EMPA	p.5
Grille d'observation	p.5
Analyses quantitatives	p.5
DISCUSSION	p.7
BIBLIOGRAPHIE	p.11
ANNEXES	p.15
• Annexe 1 : Présentation du média « Des récits et des Vies © ».	
• Annexe 2 : Présentation des établissements et de l'homogénéité des trois groupes.	
• Annexe 3 : Tableau 3. Présentation des données sociodémographiques.	
• Annexe 4 : Tableau 4. Récapitulatif de l'évolution de chaque participant.	
• Annexe 5 : Tableau 5. Fiabilité des différentes échelles et de leurs sous dimensions	
• Annexe 6 : Tableau 6. Résultats des corrélations avant et après intervention.	
• Annexe 7 : La construction de l'intervention du psychologue	
• Annexe 8 : Feuille de consentement et protocole de recherche.	
• Annexe 9 : Grille d'observation	
• Annexe 10 : Charte de non plagiat.	

INTRODUCTION

Dans sa vie, l'individu doit s'adapter à de nombreux changements. Lors du vieillissement, les pertes se multiplient, les capacités physiques et cognitives diminuent, l'effort d'adaptation devient incessant. S'adapter, c'est reconnaître ses difficultés, les accepter et savoir faire avec (Bizzini, 2004). Tant qu'il reste autonome, l'aîné compense ses limitations fonctionnelles par des aides techniques et humaines. Cependant lorsque le maintien à domicile ne répond plus à ses besoins, l'institutionnalisation peut s'imposer. C'est alors l'abandon des repères familiers, l'accession à la dernière demeure, la vie en collectivité. Ceci peut dégrader l'état psychique. Si l'incapacité ne permet plus l'accès à des activités importantes pour la personne, cela peut favoriser la dépression, « ce qui tend à diminuer les occasions d'avoir du plaisir et de se sentir compétent, à augmenter le sentiment de perte et à réduire l'estime de soi » (Vézina et al., 2013). L'adaptation repose « sur des processus internes qui modulent la relation dynamique personne / environnement » (Castonguay et Ferron, 1998). « Lorsqu'un établissement (...) fait une large part (...) à la liberté de choix ainsi qu'à une certaine maîtrise, un déménagement même non désiré n'accélère pas nécessairement le processus de déclin physique et mental » (Bee et Boyd, 2011). Les chances d'adaptation sont plus grandes lorsque sont maintenues « la stimulation par les pairs (...) la pratique des loisirs (...) la qualité relationnelle (...). Le réinvestissement dans la sphère sociale et la formulation de projets augmentent (...) le sentiment d'être compétent (...) garantissent une continuité psychologique » (Bizzini, 2004). Les activités doivent permettre d'établir un rapport positif aux autres, à soi-même, ouvrir à de nouvelles expériences et entretenir la confiance en soi, ces éléments favorisant la santé et le bien-être (Vézina et al, 2013). Altintas et al. (2010) montrent le caractère adaptatif de la participation à des activités de loisirs perçues comme sources de satisfaction des besoins d'autodétermination, de compétence et d'appartenance sociale. Ils soulignent l'importance de la motivation qui accentue et renforce les qualités adaptatives des activités.

Le modèle de la motivation de Deci et Ryan (1985) inclut l'intégration organismique comportant trois types de motivation. La motivation intrinsèque correspond à la pratique d'une activité pour le plaisir, l'intérêt ou la satisfaction procurée. La motivation extrinsèque renvoie à un ensemble de comportements qui sont autodéterminés par intégration et par identification (choix de participer à l'activité jugée importante ou en lien avec des objectifs de vie) ou non autodéterminés (sentiment de culpabilité si, par exemple, la personne ne participe pas). L'amotivation correspond à une absence relative de motivation. Lorsque le besoin de compétence est associé au sentiment de contrôle et au locus de causalité perçu comme interne

(volontaire, émis par des choix), le comportement repose sur des motivations intrinsèques ou extrinsèques autodéterminées. Selon Ryan (2000), la motivation extrinsèque autodéterminée relèverait d'un comportement adaptatif puisque l'individu choisit de pratiquer l'activité sinon par plaisir du moins pour ses conséquences positives. Vivre en institution est, souvent, synonyme de perte de contrôle, de compétence, d'autonomie et d'un faible niveau d'intimité. Ceci diminue le sentiment d'autodétermination, influençant indirectement la motivation (Guay et al., 1995). Vallerand et al. (1991) soulignent que lorsque les institutions permettent un niveau élevé d'autodétermination, la satisfaction de vie n'est pas différente de celle ressentie à domicile. Si elles offrent un niveau faible d'autodétermination, la satisfaction de vie est beaucoup plus faible qu'à domicile. Ces résultats sont indépendants de la santé, du statut socioéconomique, de l'âge. Par ailleurs, les aînés à haut profil motivationnel, présentent des niveaux de satisfaction de vie, de sens donné à leur existence et d'estime de soi significativement supérieurs aux aînés à profil motivationnel modéré ou faible (Altintas et al., 2014). Ces résultats vont dans le sens d'un lien entre formes de motivations autodéterminées et satisfaction de vie dans l'âge avancé (Ryan, et al. 2008). La motivation n'est pas le seul facteur renforçant les qualités adaptatives et le bien-être des aînés. Selon Ferrand et al. (2014), le soutien social « perçu » exerce également une influence prépondérante.

Bien que le vieillissement s'accompagne habituellement d'une diminution du réseau social et du soutien social « reçu », certains auteurs considèrent que, seul le soutien social « perçu » est une composante pertinente du soutien. Ce soutien « perçu », comprenant les soutiens : d'estime ; financier ; informatif et émotionnel, ne serait pas lié au nombre de contacts sociaux mais au fait que certaines relations soient suffisamment intimes pour permettre compréhension, empathie, confidences dans les moments difficiles (Bruchon-Schweiter, 2014). Selon de nombreuses études, le soutien social « perçu » aurait des effets protecteurs dans divers domaines : santé physique et mentale (Wang, 2016), maintien de l'autonomie, du bien-être (Lambelet, 2011), sentiment de contrôle personnel en situation aversive. Il renforcerait : l'identité personnelle, l'estime de soi, l'auto-efficacité perçue (Tahany et al., 2009) et agirait sur l'appréciation subjective de la qualité de vie (Fortin et al., 2006). Ce soutien peut provenir de la famille, d'amis ou d'autres résidents et influe sur la participation régulière aux activités. En effet, l'« impact de l'activité sociale sur le bien-être des aînés dépend largement de la qualité des interactions qu'ils vivent » (Vezina et al., 2013). Pour Fernandez-Portero et al. (2007), le contact social lié à une activité augmente le bien-être psychologique qui, consécutivement, affecte la santé physique et mentale. Une revue de la littérature d'Altintas et al. (2012) montre

que la participation aux activités (organisées en fonction des attentes et besoins des participants) est associée à une meilleure : intégration au groupe, satisfaction de vie, adaptation à la résidence.

Tout ceci nous conduit à réfléchir à l'élaboration d'une intervention susceptible de motiver les aînés institutionnalisés, à participer à une activité permettant de se sentir intégré à un groupe voire à l'institution.

Le vieillissement modifie le rapport au temps. Le temps n'est plus aux objectifs ni à l'acquisition des compétences, mais souvent employé pour donner sens à la période vécue, à créer et maintenir le lien social. Pour Coopman et Janssen (2010), le sens donné à l'existence et le lien social sont les deux pôles d'une dialectique fondatrice de l'individu. Pour ces auteurs, les activités narratives répondent à ces besoins, en permettant, à la personne, par un travail d'appropriation de son histoire, de se réinscrire dans son existence et de tisser un lien social. En effet, le récit oral adressé à autrui, se co-construit dans la rencontre. Le narrateur raconte son histoire dont le contenu est influencé par les interventions des "narrataires". Ces échanges permettent au narrateur d'éprouver qu'il est le produit d'une histoire pouvant faire écho à celles des autres. « Parler de soi, c'est d'une certaine façon marquer sa différence mais aussi son appartenance commune à tel ou tel groupe d'individus » (Mori, 2011). Nyman et al. (2012), ont montré l'importance du sentiment d'appartenance à un groupe chez les personnes âgées institutionnalisées. Pour ces auteurs, partager fréquemment des moments de complicités, d'intimités, favoriserait : l'affirmation de soi, la prise de décision et la projection dans des activités futures. Gana et al. (2014) soulignent que de nombreuses études ont démontré, chez les aînés, les vertus adaptatives de certains types de narration de soi en groupe. Ces narrations agiraient sur la symptomatologie anxio-dépressive en la diminuant et augmenteraient l'estime de soi et le bien-être psychologique. Considérant ces effets bénéfiques, il nous paraît pertinent d'analyser l'impact que pourrait avoir une intervention groupale basée sur la narration de soi, sur les processus favorisant l'adaptation des aînés institutionnalisés. Cette approche narrative paraît d'autant plus intéressante qu'elle est particulièrement appréciée des personnes âgées pour la satisfaction qu'elle leur procure (Fantini-Hauwel et al., 2014).

Mais, dans la littérature, il ne semble pas exister d'études des bénéfices d'une approche narrative concernant les trois besoins psychologiques déterminants pour l'adaptation : autodétermination, compétence, appartenance sociale (Daci et al., 1995). Or l'institutionnalisation constitue une rupture brutale pour le sujet âgé impactant la perception de son sentiment d'identité et mettant à l'épreuve ses ressources adaptatives. Notre

questionnement porte donc sur l'efficacité d'une thérapie basée sur la narration de soi, sur le bien-être global, la motivation et le soutien social « perçu » de personnes âgées institutionnalisées, toutes ces dimensions contribuant à l'adaptabilité psychologique. L'hypothèse principale est que les personnes participant à des séances groupales, médiatisées par le jeu « Des Récits et des Vies© » (présentation : Annexe1), présenteront immédiatement après l'intervention, une amélioration clinique significative sur l'ensemble de ces variables. L'hypothèse secondaire est que cette amélioration clinique ira de pair avec une meilleure adaptation à la résidence.

MATERIEL ET METHODE

Onze participants, recrutés au sein de trois EHPAD (Annexe 2), ont donné leur consentement pour participer à un atelier thérapeutique, nommé « Des récit et des Vies© ». Les critères d'inclusion étaient : être âgé de plus de 65 ans, de langue maternelle française, volontaire et de séjourner depuis au moins 3 mois dans l'institution afin d'éviter l'inclusion de sujets présentant des problématiques réactionnelles à l'entrée en institution. Une série de questionnaires a été administrée aux participants lors d'une entrevue individuelle, en début d'étude puis après les 8 séances.

Outils

Des données sociodémographiques telles que l'âge, le statut marital, les activités, etc. ont été recueillies (Annexe 3).

Le Mini Mental State Examination : MMSE (Folstein, 1975) a été administré afin d'évaluer le niveau d'efficacité cognitive globale. Le score maximum est de 30.

L'Hospital Anxiety and Depression Scale : HADS (Zigmond et Snaigh, 1983) donne des indications sur la symptomatologie anxieuse et dépressive. Il comporte 14 items (7 pour l'anxiété et 7 pour la dépression) cotés de 0 à 3. Pour chacun des scores, l'interprétation est la suivante : inférieur à 7 : absence de symptomatologie, entre 8 et 10 : symptomatologie douteuse, supérieur à 11 : symptomatologie certaine.

L'Echelle d'Adaptation de la Personne Âgée à sa Résidence : EAPÂR (Castonguay et Ferron, 1998) permet d'identifier les difficultés d'adaptation à la résidence. Elle comporte 17 items concernant les sphères : personnelle, sociale et bien-être global. Pour coter, une moyenne de chaque dimension est calculée. Pour un score global, une somme supérieure à 51 démontre

une bonne adaptation générale à la vie en institution et un score de 34 ou moins, montre de réelles difficultés d'adaptation.

Le Mental Health Continuum Short Form : MHC-SH (Keyes, 2005) mesure l'aspect positif de la santé mentale. Il comprend 14 items mesurant le degré de bien-être : émotionnel, social, psychologique. Chaque item permet une réponse sur une échelle de Likert en 5 points. Pour coter, la moyenne de chaque dimension est calculée.

Le Questionnaire de Soutien Social Perçu : QSSP (Bruchon-Schweitzer et Quintard, 2001) évalue le type de soutien social perçu, les sources du soutien, le nombre de personnes le procurant et la qualité. 4 items représentent les principales formes de soutien perçu : d'estime, financier, informatif et émotionnel. Pour chacun de ces items, nous obtenons deux scores : la disponibilité (nombre de personnes) et la satisfaction (degré selon une échelle de type Likert en 5 points). Le score total : disponibilité et satisfaction, s'obtient en faisant la moyenne des réponses aux deux catégories.

L'Echelle de Motivation chez les Personnes Âgées : EMPA (Vallerand et Connor's, 1991) mesure les motivations : intrinsèque, extrinsèque autodéterminée, extrinsèque non-autodéterminée et l'amotivation, dans différents contextes de vie. Nous utilisons l'échelle, exclusivement, pour les activités reliées aux loisirs. Dans trois situations, les aînés indiquent la motivation les amenant à émettre le comportement questionné, chaque énoncé mesurant une des quatre motivations.

Une grille d'observation de l'évolution de chacun au sein du groupe a été créé (Annexe 4).

Outil statistique

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS® Statistic 20. Elles ont d'abord été soumises à une analyse descriptive afin d'obtenir un profil de l'échantillon. Des alphas de Cronbach, pour chacune des échelles, ont permis de vérifier leur cohérence interne (Annexe 5). Etant donné le nombre de participants, des tests non paramétriques ont été effectués. Pour vérifier nos hypothèses, nous avons effectué le test de Friedman comparant les évaluations cliniques avant et après l'intervention. Les résultats sont présentés dans le tableau 1. Une série d'analyse de corrélation (Rho de Spearman) a été également réalisée.

Analyses quantitatives

L'échantillon est composé de 10 femmes et un homme, âgés de 65 à 94 ans (m=80,91, ET=9,06), veufs, célibataires ou divorcés. 6 ont un niveau d'étude inférieur à 10 ans et 5 un niveau supérieur. Le score moyen au MMSE est de $23,82 \pm 3,25$ et de $3,55 \pm 1,37$ au GIR.

Tableau 1. Comparaison du groupe avant et après utilisation du média.

	AVANT (N=11)	APRES (N=11)		
	moy.(ET)	moy.(ET)	Chi2	p
Anxiété	8,00(3,41)	3,82(1,83)	9,00	0,003**
Dépression	6,18(3,12)	3,55(1,63)	8,00	0,005**
ADAPTATION RESIDENCE (EAPÂR)				
Sphère personnelle	2,95(0,68)	3,42(0,50)	8,00	0,005**
Sphère sociale	2,98(0,78)	3,70(0,38)	9,00	0,003**
Sphère bien-être	2,55(0,84)	3,29(0,38)	3,60	0,048*
EAPÂR Total	48,18(9,98)	56,18(5,38)	6,40	0,011*
BIEN-ÊTRE (MHC-SF)				
Emotionnel	2,77(1,05)	3,76(0,86)	9,00	0,003**
Social	1,89(0,84)	2,87(0,98)	7,36	0,007**
Psychologique	2,65(0,48)	3,64(0,78)	11,00	0,001**
MOTIVATION (EMPA)				
Intrinsèque	5,72(1,56)	6,28(0,91)	4,00	0,046*
Autodéterminée	5,06(1,63)	6,06(1,15)	7,00	0,008**
Non autodéterminée	1,85(1,44)	1,24(0,47)	1,80	0,180
Amotivation	2,24(1,53)	1,06(0,13)	5,00	0,025*
SOUTIEN SOCIAL (QSSP)				
<i>Disponibilité perçue</i>				
Estime	1,52(0,89)	2,68(2,39)	3,60	0,058
Informatif	1,16(0,81)	4,30(7,63)	7,36	0,007**
Emotionnel	1,13(0,78)	2,59(1,95)	11,00	0,001***

<i>Satisfaction perçue</i>				
Estime	2,51(1,17)	3,11(1,17)	2,78	0,096
Informatif	2,36(3,26)	4,27(4,61)	6,40	0,011*
Emotionnel	1,70(1,16)	3,09(1,47)	6,40	0,011*

Note. moy = moyenne ; ET = écart type ; Adaptation res. = adaptation à la résidence ; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

Nous observons qu'après l'intervention, les participants s'améliorent sur le plan clinique et adaptatif : les niveaux d'anxiété et de dépression diminuent significativement, l'adaptation et chacune de ses sphères augmentent significativement. Le bien-être progresse significativement. Les dimensions intrinsèque et autodéterminée de la motivation sont significativement plus élevées alors que l'amotivation a significativement diminué. Quant au soutien social perçu, seuls les domaines « Informatif » et « Emotionnel » connaissent une amélioration significative.

L'efficacité de l'intervention a été explorée au travers d'une série d'analyse de corrélations dont les résultats sont présentés dans le tableau 6 (Annexe 6). Ils montrent que l'intervention diminuerait le niveau d'anxiété et augmenterait les niveaux : d'adaptation à la résidence (notamment sa dimension sociale), de bien-être émotionnel, de motivation intrinsèque et autodéterminée, de soutien social perçu (mais uniquement pour la sphère Estime).

DISCUSSION

L'objectif de notre recherche était de mesurer l'efficacité, auprès d'ânés vivant en EHPAD, d'une intervention thérapeutique, par l'approche narrative, sur les besoins essentiels pour l'adaptation à l'institution. Nous avons évalué l'impact de 8 séances médiatisées par le jeu « Des Récits et des Vies© » sur les niveaux d'anxiété et de dépression, de bien-être subjectif, de motivation pour l'engagement dans des activités futures et sur le soutien social perçu. Les hypothèses posées étaient que cette intervention améliorerait l'ensemble de ces variables et que cette amélioration clinique irait de pair avec une meilleure adaptation à la résidence.

Nous observons une amélioration significative de la symptomatologie anxio-dépressive et du bien-être global (émotionnel, social et psychologique) chez les participants. Ces résultats confirment ceux obtenus par Gana et al. (2014) et Peschaubes et Julia (2016). Ils sont encourageants si l'on considère la prévalence élevée de la dépression chez les personnes âgées. (Thomas et al. 2008). Parallèlement, le renforcement de la motivation intrinsèque et autodéterminée des participants pour l'engagement dans des activités futures, illustre une autre

propriété de cette intervention. En effet, les résultats montrent que les participants vont privilégier après l'intervention, la pratique d'une activité soit pour la satisfaction qu'elle procure soit parce qu'elle est jugée importante ou en lien avec des objectifs de vie. Ces différents indicateurs confirment les études de Ryan et al. (2008) et de Philippe et al. (2008), selon lesquelles les environnements favorisant la motivation intrinsèque et autodéterminée conduisent à un meilleur sentiment de bien-être et d'ajustement à son environnement. Concernant le soutien social perçu, les résultats sont plus nuancés, l'évolution significative concernant seulement les dimensions « Informatif » et « Emotionnel ». Ainsi, après l'intervention, les participants, d'une part, perçoivent plus de personnes comme étant disponibles pour leur donner des conseils et leur redonner confiance et d'autre part, se montrent plus satisfaits de cette disponibilité. Ces résultats confortent ceux des études de Nyman et al. (2012) sur l'effet bénéfique du sentiment d'appartenance à un groupe, de Groult et al. (2011) sur le fait que le soutien social peut provenir d'autres résidents et qu'il dépend de la qualité des interactions vécues au sein de l'institution (Vezina et al. 2013). Par ailleurs, nous observons également une amélioration du sentiment d'adaptation à la résidence des participants. Le renforcement de ce sentiment est lié à une évolution favorable : des sentiments de contrôle sur sa vie à la résidence et d'appartenance à la collectivité ainsi que de la perception de soutien social. L'ensemble de ces résultats confirment bien nos hypothèses et vont dans le sens de l'étude de Bizzini (2004) selon laquelle « les chances de réussite de l'adaptation sont plus grandes lorsque certaines conditions de vie sont maintenues comme la stimulation par les pairs (...) la pratique des loisirs (...) la focalisation des intérêts (...) et la qualité relationnelle ». Notre étude confirme les vertus adaptatives de la thérapie groupale basée sur la narration de soi (Gana et al., 2014) ainsi que les vertus du récit oral comme facilitateur du lien social (Coopman et al., 2010 ; Mori, 2011).

La faible taille de l'échantillon constitue la limite principale de notre étude mais les résultats encouragent à des essais cliniques de plus grande envergure. Vu son niveau moyen de base, notre échantillon n'a pas de réelles difficultés d'adaptation à la résidence. Pour préciser les indications de la thérapie basée sur la narration de soi, il serait souhaitable de la tester à différents niveaux d'adaptation. Enfin, les résultats ayant été évalués sans attendre, nous ignorons si les améliorations cliniques perdurent longtemps. Par ailleurs, il est possible, comme l'évoquent Castonguay et Ferron (1998), que, suite à la première passation, les participants aient été portés à réévaluer plus positivement leur vie à la résidence, cette nouvelle perception étant plus confortable pour eux. De même, comme le proposent ces auteurs, il se peut également que

la présence et l'écoute accordées aux participants par les intervenants aient modifié le contexte (...) ». Il est certain que notre présence et celles des autres participants a largement modifié le contexte, ce qui rend particulièrement difficile la distinction entre l'influence de l'outil utilisé de celle de la dynamique de groupe sur les changements.

Malgré ces limites, il semble que notre travail avec le jeu « Des Récits et des Vies© » utilisé en tant que médiateur, puisse être mis à profit dans le cadre d'une prise en charge psychologique sous réserve d'observer rigoureusement les recommandations mentionnées dans l'annexe 7. En effet, ce jeu simple n'obligeant pas à retenir des règles, sollicite plusieurs entrées sensorielles : vue, audition et même toucher. Il stimule plusieurs systèmes mnésiques, en particulier la mémoire de travail (pour retenir la question) la mémoire autobiographique (sémantique et épisodique) pour produire la réponse. Il sollicite aussi l'attention, la concentration etc. Il pourrait donc, notamment, être utilisé en tant que médiateur lors d'un travail collectif basé sur les réminiscences et particulièrement les réminiscences intégratives (cf. détail annexe 7). Ainsi, l'utilisation du médiateur pourrait s'inscrire dans une approche globale de la personne visant à améliorer le fonctionnement des processus psychologiques « cognitifs, mais aussi émotionnels, relationnels, motivationnels et identitaires » dans le but de favoriser « une amélioration des conditions générales d'existence » de la personne (Seron et Van der Linden, 2016), bien souvent bouleversées par l'importante rupture générée par son entrée en institution. Autrement dit, l'emploi du médiateur pourrait avoir lieu dans le cadre d'un accompagnement permettant aux aînés de s'inscrire dans une continuité identitaire facilitant leur bien-être et leur adaptation. Van Der Linden et al. (2015) considèrent que « l'identité n'est ni plus ni moins que le récit de vie que nous construisons à partir de souvenirs de nos expériences passées » et que « seuls sont maintenus aisément en mémoire les souvenirs des événements personnels en lien avec nos buts, nos valeurs, nos croyances ». Une intervention basée sur la narration de soi, effectuée à l'aide du médiateur, devrait donc permettre au sujet, non seulement d'identifier ce qui a été important dans son parcours de vie, de parler de sa singularité, de partager ses croyances, de ressentir des émotions positives mais aussi, de procéder à une relecture et à une réinterprétation de certains événements, de leur causes et conséquences. Les pensées et croyances vis-à-vis du self, développées sur des interprétations anciennes, pourraient ainsi être actualisées. L'aîné serait invité à sortir de l'identification à la vieillesse, lui permettant ainsi de retrouver son identité personnelle, dans sa globalité, en tant que sujet éprouvant et agissant et finalement, l'adaptation aux pertes ainsi qu'aux nouvelles contraintes serait facilitée. Compte tenu des qualités de l'outil et moyennant quelques précautions particulières (cf. détail annexe 7) il serait intéressant de

poursuivre la recherche en considérant les bénéfices que pourrait procurer l'utilisation de ce médiateur, dans le cadre d'une intervention non médicamenteuse visant à contenir les troubles du comportement d'ainés vivant en unités protégées.

BIBLIOGRAPHIE

- Altintas, E., Gallouj, K., & Guerrien, A. (2012). Soutien social, dépression et estime de soi chez les personnes âgées : les résultats d'une analyse en cluster. *Annales Médico-Psychologique*, 170, 256-262.
- Altintas, E., & Guerrien, A. (2014). Profil motivationnel et bien-être psychologique dans l'âge avancé. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 46(2), 95-106.
- Altintas E., Majchrzak, G., Leconte, C., & Guerrier, A. (2010). Adaptation des aînés à la résidence pour personnes âgées : Activité de loisirs et autodétermination. *La revue canadienne du vieillissement*, 29 (04), 557-565.
- Argentin, L. (2006). Parier de son temps : Récit de vie et atelier d'écriture. *Soins gériatriques*, 57, 38-42.
- Bee, H., & Boyd, D. (2011). La période de l'âge adulte avancé. 5^{ème} partie. In Bee, H. & Boyd, D. (2011). *Psychologie du développement : Les âges de la vie*. 4^{ème} édition (pp. 409 – 465), Paris : De Boeck.
- Bizzini, L. (2004). Adaptations et âge avancé. In Richard, J. & Mateev-Dirkx, E. (2004). *Psychogérontologie* (pp. 91- 109), Paris : Masson.
- Bjelland, I., Dahl, A-A., Haug, T-T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale : An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2014). Les aspects protecteurs de la personnalité. Le soutien social. In Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé* (pp. 457-508), Paris : Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M., & Quintard, B. (2001). *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*. Paris: Dunod.
- Caradec, V. (2007). L'épreuve du grand âge. *Retraite et société*, 52, 11-37.
- Castonguay, G., & Ferron, S. (1999). Elaboration et validation d'un instrument évaluant le degré d'adaptation de la personne âgée à sa résidence. *Canadian Journal of aging*, 18(3), 363-375.

Coopman, A-L., & Janssen C. (2010). La narration de soi en groupe : Le récit comme tissage du lien social. *Cahiers de psychologie clinique*, 34, 119-134.

Deci, E-L., & Ryan, R-M. (1985). The General Causality Orientations Scale: Self determination in personality. *Journal of Research in Personality*, 19, 109-134.

Derouesné, C., Poitreneau, J., Hugonot, L., Kalafat, M., Dubois, B., & Laurent, B. (1999). Le Mini Mental State Examination (MMSE) : Un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. *La Presse Médicale*, 28, 1141-1148.

Fautini-Hauwel, C. (2014). Les pratiques psychologiques auprès des personnes âgées. In Fautini-Hauwel, C., Gély-Nargeot, M-C., & Raffard, S. (2014). *Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante* (pp. 154-166). Paris : Dunod.

Fernandez Portero, C., & Oliva, A. (2007). Social support, psychological well-being and health among the elderly. *Education Gerontology*, 33, 1053-1068.

Ferrand, C., Martinent, G., & Durmaz, N. (2014). Psychological need satisfaction and well-being in adults aged 80 years and older living in residential homes : Using a self-determination theory perspective. *Journal of Aging Studies*, 30, 104-111.

Fortin, M., Bravo, G., Hudon, C., Lapointe, L., Almirall, J., Dubois, M-F., & Vanasse, A. (2006). Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Quality of Live Research*, 15(1), 83-91.

Gana, K., Mezred, D., & K'Delant, P. (2014). Evaluation des vertus adaptatives de la rétrospective de vie chez les personnes âgées : étude randomisée contrôlée. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 24, 24-31.

Guay, F., Vallerand, R., & Losier, G. (1995). La motivation chez les personnes âgées : influence de l'évaluation cognitive du contexte social et répercussions sur l'adaptation psychologique. *Revue Québécoise de psychologie*, 16 (2), 209-235.

Guillaume, C., Eustache, F., & Desgranges, B. (2009). « L'effet de positivité : un aspect intrigant du vieillissement ». *Revue de neuropsychologie*, 1, 247-253.

Lalive d'Epinau, C. (2009). Mémoire autobiographique et construction identitaire dans le grand âge. *Gérontologie et société*, 32(3), 31-56.

- Lambelet, A. (2011). *La perception du soutien social chez les nouveaux résidents en établissements médico-sociaux*. Lausanne : Université de Lausanne, Faculté de biologie et de médecine.
- Mori, S. (2011). La narration de soi. In Mori, S. (2011). *Les thérapies narratives* (pp. 103-120). Paris : De Boeck Supérieur.
- Nyman, A., Josephsson, S., & Isaksson, G. (2012). Being part of an enacted togetherness : Narratives of elderly people with depression. *Journal of aging studies*, 26(4), 410-418.
- Pechaubes, J., & Julia, M. (2016). *L'intérêt d'un média basé sur le principe de la thérapie narrative chez des personnes âgées en EHPAD, présentant des difficultés psychologiques*. Toulouse : UFR de psychologie. Université Jean Jaurès.
- Philippe, F-L., & Vallerand, R-J. (2008). Actual environments do affect motivation and psychological adjustment: A test of self-determination theory in a natural setting. *Motivation and Emotion*, 32, 81-89.
- Ryan, R-M., & Deci, E-L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychological Association*, 55 (1), 68-78.
- Ryan, R-M., Huta, V., & Deci, E-L. (2008). Living well : A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170.
- Salama-Younes, M., & Ismail, A. (2011). Validation of the Factor Structure of the Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF) for Physically Active Old Adult. *World Journal of Sport Sciences*, 4(1), 24-30.
- Seron, X., & Van der Linden, M. (2016). Objectifs et stratégies de la réhabilitation neuropsychologique. In Seron, X. & Van der Linden, M. (2016). *Traité de neuropsychologie de l'adulte. Tome 2-réhabilitation*, (pp 3-12). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Tahany, M., & Gadalla, Ph-D. (2009). Sense of Mastery, Social Support and Health in Elderly Canadians. *Journal of Aging and Health*, 21 (4), 581-595.
- Talbot-Mahmoudi, C. (2015). Concept de réminiscence : évolution et applications en pratique clinique auprès de sujets âgés et dans la maladie d'Alzheimer. *Revue de neuropsychologie*, 7, 117-126.

Thomas, P., & Hafiz-Thomas, C. (2008). Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. *Gérontologie et société*, 31(3), 141-155.

Vallerand, R-J., & O'Connor, B-P. (1989). Motivation in the elderly : A Theoretical framework and some promising findings. *Canadian Psychology*, 30(3), 538-550.

Vallerand, R-J., & O'Connor, B-P. (1991). Construction et validation de l'Echelle de Motivation pour les Personnes Agées (EMPA). *Journal international de Psychologie*, 26, 219-240.

Van Der Linden, M., & Lardi Robyn, C. (2015). Les interventions cognitives focalisées sur la mémoire autobiographique et la projection mentale dans le futur : l'exemple de la dépression. In Van Der Linden, M., Ceschi, G., & Billieux, J. (2015). *Interventions psychologiques en psychopathologie cognitive* (pp.83-122). Paris : De Boeck.

Van Der Linden, M., & Juillerat-Van der Linden, A-C. (2014). *Penser autrement le vieillissement*. Paris : Mardaga.

Vézina, J., Cappeliez, P., & Landreville, P. (2013). *Psychologie gérontologique*. Lyon : Chronique sociale.

Wang, X. (2016). Subjective well-being associated with size of social network and social support of elderly. *Journal of Health Psychology*, 21 (6), 1037-1042.

Site :

Chavelli, C. : <http://desrecitsetdesvies.com/biographie.html>

ANNEXES

- Annexe 1 : Présentation du média « Des récits et des Vies © ».
- Annexe 2 : Présentation des établissements et de l'homogénéité des trois groupes.
- Annexe 3 : Tableau 3. Présentation des données sociodémographiques.
- Annexe 4 : Tableau 4. Récapitulatif de l'évolution de chaque participant.
- Annexe 5 : Tableau 5. Fiabilité des différentes échelles et de leurs sous dimensions
- Annexe 6 : Tableau 6. Résultats des corrélations avant et après intervention.
- Annexe 7 : La construction de l'intervention du psychologue.
- Annexe 8 : Feuille de consentement et protocole de recherche.
- Annexe 9 : Grille d'observation
- Annexe 10 : Charte de non plagiat.

Annexe 1 : Présentation du média « Des récits et des Vies © » (site : desrecitsetdesvies.com).

Ce média est une création de Caroline Chavelli, intervenante auprès de groupes de paroles pour parents, enfants et adolescents, via le conte et d'ateliers d'écritures créatives en médiathèques et maisons de retraites. Cet outil est un support qui offre la possibilité, au plus grand nombre, d'accéder à l'approche narrative. Effectivement, pour Caroline Chavelli « les groupes de paroles s'adressent aux personnes qui ont la capacité de trouver les bons mots au bon moment et les ateliers d'écriture à celles qui osent écrire (l'écriture reste une pratique élitiste) et qui ont la motricité de le faire ».

Ce jeu est fondé sur la communication, la reconnaissance et l'estime de soi. L'objectif étant de libérer la parole, de créer du lien et de trouver des ressources. Il se présente sous la forme d'un plateau de jeu divisé en 4 couleurs (bleu, rose, vert, jaune) doté d'une flèche permettant d'indiquer la couleur sur la carte à lire. Chaque couleur représente l'une des dimensions suivantes :

- Récit de vie (bleu) : Le plus de la personne âgée est d'avoir une longue expérience et un vécu riche. Raconter son histoire de vie de manière structurée va lui permettre de retracer des souvenirs et lui offre l'opportunité de relecture et de réinterprétation de certains événements passés, de leurs causes et de leurs conséquences.
- Emotion (rose) : Bien souvent, les personnes âgées en institution présentent des difficultés à exprimer leurs affects. Cette dimension va favoriser une amorce non intrusive afin qu'elles puissent évoquer des situations émotionnelles par une mise en mots des éprouvés et partager leurs ressentis.
- Valeur (verte) : Les personnes ont besoin d'agir selon leurs croyances et leurs valeurs. Exprimer ses convictions contribue au sentiment de continuité identitaire et à la valorisation de soi souvent mise à mal lors de l'institutionnalisation.
- Imaginaire (jaune) : Les questions permettent de stimuler l'imagination de la personne âgée et ainsi de se vivre autrement.

Déroulement :


Le participant fait tourner la flèche qui indiquera la couleur du texte à lire et prend ensuite la carte sur le dessus du paquet disposé au centre de la table. L'expérimentateur lit à haute voix le texte correspondant. La personne répond ou complète le texte puis les autres participants sont invités à répondre, à questionner ou à compléter le récit de façon à établir et à enrichir le dialogue. Durant nos ateliers d'environ 1 heure, chaque participant a pioché 4 cartes.

Cet outil a reçu un excellent accueil des professionnels lors de sa présentation au Salon de la Healthcare Week, à Paris. Il a également remporté le prix « Coup de Cœur » des Prix "Mémoire Vive" attribués par la CARSAT Midi-Pyrénées qui récompense les initiatives à caractère culturel en faveur des personnes âgées, alliant proximité et intergénération, et créant du lien social.

LIBÉRER LA PAROLE TROUVER DES RESSOURCES CRÉER DU LIEN

Des Récits & des Vies

Age 19-99



Un jeu pour se raconter, être écouté, transmettre,
donner du sens aux histoires de sa vie avec émotion et poésie.

Fabriqué en France

Annexe 2 : Présentation des établissements et de l'homogénéité des trois groupes.

Présentation des structures et choix des participants

Établissement 1 : Il s'agit d'un établissement de type EHPAD relevant du secteur privé. C'est une société anonyme d'une capacité d'accueil de 60 lits d'hébergement complet dont 2 unités de vie protégée de 10 lits et 2 lits d'hébergement temporaire. Cet EHPAD est implanté au sein d'un village en périphérie de la ville. La population accueillie est constituée au moment de l'intervention de 74 % de femmes et 16 % d'hommes. L'entrée est le plus souvent motivée par une perte d'autonomie (apparition de troubles cognitifs, de chutes ...) chez des personnes âgées vivant seules au domicile (veuves, célibataires, ...). Le GIR pondéré moyen est de 796,90.

Dans cette institution, le choix des participants s'est fait en concertation avec la psychologue de l'établissement. Ainsi 8 résidents ont été retenus, 6 ont accepté la passation du protocole et 4 ont donné leur consentement pour participer à un atelier thérapeutique nommé « Des Récits et de Vies ©».

Etablissement 2 : c'est un EHPAD public autonome relevant de la Fonction Publique Hospitalière. Sa capacité d'accueil est de 81 résidents en hébergement permanent dont 12 résidents en unité de vie protégée plus 5 résidents en hébergement temporaire. Les bâtiments sont implantés près du centre de la petite ville. Les personnes accueillies sont à 80 % des femmes. Les causes d'institutionnalisation sont comparables à celles de l'établissement 1. Le GIR pondéré moyen est de 780,00

Le choix des participants a eu lieu avec la psychologue de l'établissement. Sur 9 résidents proposés : 6 ont passé le protocole et donné leur consentement de participation à l'étude mais deux sont tombés malades quelques jours avant le début de l'intervention. 2 autres personnes ont donc passé le protocole et donné leur consentement. Juste avant la première séance, 2 personnes ont refusé de participer. Le groupe était composé de 4 personnes.

Etablissement 3 : il s'agit d'un EHPAD appartenant à une SARL, relevant donc du secteur privé à but lucratif. La capacité d'accueil est de 80 résidents en hébergement permanent et de 2 résidents en hébergement temporaire plus 2 places en accueil de jour. Les bâtiments sont situés au cœur du village. L'habitat est réparti en 3 unités de vie, sans unité de vie protégée spécifique. La population accueillie est composée de 74% de femmes. Les causes d'institutionnalisation sont comparables à celles des établissements 1 et 2. Le GIR pondéré moyen est de 812.

Le choix des participants s'est fait avec la psychologue de l'établissement. 5 résidents ont été retenus, 4 ont accepté la passation du protocole et donné leur consentement pour participer à l'étude. Mais une personne a été hospitalisée avant le début de l'intervention. Le groupe était donc finalement composé de 3 personnes.

Concernant les trois établissements : tous les participants ont été rencontrés dans les mêmes conditions : dans leurs chambres pour leur permettre d'être à l'aise, dans un contexte familial et pour garantir la confidentialité. La même méthode a été employée pour délivrer les informations et organiser les entretiens afin de standardiser au mieux les conditions de passation des questionnaires et ainsi d'éviter au maximum les biais.

Homogénéité de l'échantillon

Afin de vérifier que notre population présente des caractéristiques homogènes, nous avons effectué le test de Kruskal-Wallis pour échantillons indépendants, dont les résultats présentés dans le tableau 3, n'ont pas révélé de différences significatives.

Tableau 2. Comparaison des groupes obtenus dans chaque établissement.

	ETAB. 1 (N=4)	ETAB. 2 (N=4)	ETAB. 3 (N=3)	
Participants	moy. (ET)	moy. (ET)	moy. (ET)	p
Âge	80,75 (7,36)	81,75 (9,57)	80,01 (13,75)	0,99
MMS	23,00 (4,62)	25,75 (2,22)	22,33 (1,15)	0,76
GIR	2,50 (1)	3,75 (1,50)	4,67 (0,57)	0,66
TROUBLES PSYCHOLOGIQUES (HAD)				
Anxiété	8,50 (1,29)	7,25 (2,22)	4,33 (1,53)	0,06
Dépression	8,50 (3,10)	4,75 (1,89)	5,00 (3,46)	0,21
ADAPTATION RESIDENCE (EAPÂR)				
Sphère person.	2,65 (0,83)	3,15 (0,71)	3,06 (0,46)	0,56
Sphère sociale	2,38 (0,69)	3,35 (0,53)	3,28 (0,89)	0,17
Sphère BE	2,75 (0,64)	2,30 (0,77)	3,00 (1,24)	0,65

EAPAR Total	42,00 (6,83)	50,50 (8,96)	53,33 (13,43)	0,32
BIEN-ÊTRE (MHC-SF)				
Emotionnel	2,62 (1,00)	2,41 (1,31)	3,44 (0,69)	0,50
Social	1,70 (0,62)	2,25 (1,25)	1,67 (0,41)	0,78
Psychologique	2,41 (0,31)	2,75 (0,55)	2,83 (0,60)	0,45
MOTIVATION (EMPA)				
Intrinsèque	3,91 (0,74)	7,00 (0,00)	6,44 (0,96)	0,27
Autodéterminée	3,42 (1,10)	6,17 (1,10)	5,78 (1,07)	0,20
Non-autodét.	2,75 (2,02)	1,50 (1,00)	1,11 (0,19)	0,55
Amotivation	2,82 (1,34)	2,00 (2,00)	1,78 (1,35)	0,52
SOUTIEN SOCIAL (QSSP)				
<i>Disponibilité perçue</i>				
Estime	1,25 (0,79)	1,37 (1,09)	2,08 (0,77)	0,45
Informatif	1,12 (0,66)	1,25 (1,02)	1,08 (1,01)	0,91
Emotionnel	0,87 (0,66)	0,94 (0,96)	1,75 (0,43)	0,35
<i>Satisfaction perçue</i>				
Estime	1,37 (0,83)	3,00 (0,89)	3,33 (0,72)	0,57
Informatif	1,75 (0,73)	2,06 (0,85)	1,67 (0,72)	0,81
Emotionnel	1,37 (0,92)	1,43 (1,33)	2,50 (1,25)	0,41

Note. moy. = moyenne ; ET=écart type ; Adaptation res.= adaptation à la résidence ; Sphère person. = Sphère personnelle ; Sphère BE = Sphère Bien-être ; Non-autodét. = Non-autodéterminée ; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

Annexe 3 : Tableau 3. Présentation des données sociodémographiques de notre population (N=11).

	Age	Sexe	Profession	Situation familiale	Enfant	Participation Activités	MMS	GIR
ETABLISSEMENT 1								
Sujet 1	70	F	Secrétaire	Célibataire	Non	Oui	27	4
Sujet 2	82	F	Secrétaire	Divorcée	Oui	Non	27	2
Sujet 3	86	F	Couturière	Veuve	Oui	Non	19	2
Sujet 4	85	F	Institutrice	Célibataire	Non	Oui	19	2
ETABLISSEMENT 2								
Sujet 5	94	F	Contrôleur	Veuve	Oui	Oui	25	5
Sujet 6	83	F	Employée	Veuve	Oui	Oui	25	5
Sujet 7	71	F	Restauratrice	Veuve	Oui	Oui	24	2
Sujet 8	79	M	Aide comptable	Veuf	Non	Oui	29	3
ETABLISSEMENT 3								
Sujet 9	92	F	Secrétaire	Veuve	Oui	Non	23	4
Sujet 10	65	F	Agent hospitalier	Célibataire	Non	Oui	23	5
Sujet 11	83	F	Couturière	Veuve	Oui	Oui	21	5

Annexe 4 : Tableau 4. Récapitulatif de l'évolution de chaque participant au cours des huit séances.

	Vie institutionnelle	Comportement Verbal Non verbal	Relation /interaction dans le groupe	Bien-être subjectif Moyenne mesure EVA	Evolution observée
Sujet 1	<p>Participe à de nombreuses animations et fait partie du Conseil d'Administration. Participe aux commissions menus.</p> <p>Depuis l'atelier, la participante s'est liée avec une autre participante avec laquelle elle apprend le tricotage. Est à l'origine de cette demande.</p>	<p>Lors des premières séances, le discours était la plupart du temps logorrhéique, la participante perdant parfois le cours de sa pensée. Au fur et à mesure, le discours est devenu plus adapté, cohérent respectant ainsi les temps d'échanges de chacune.</p> <p>A fait preuve également de créativité dans le discours souvent à caractère humoristique.</p> <p>Tout au long, des séances la participante s'est montrée souriante et détendue.</p> <p>Pas de difficultés dans les réponses quel que soit le thème des questions abordées.</p>	<p>La participante a eu besoin, dans un premier temps, d'être contenue par un rappel au cadre afin de permettre aux autres participantes de s'exprimer, puis nous avons noté une amélioration au fil des séances.</p> <p>Les échanges interpersonnels sont nombreux et spontanés. Recherche auprès des autres participantes un sentiment d'appartenance, en les sollicitant régulièrement pour confirmer ses propres souvenirs (musique, mode, éducation ...).</p> <p>Use d'humour afin de créer une bonne dynamique de groupe.</p> <p>Attitude de soutien à l'égard des autres participantes, donnant parfois des exemples pour les aider dans l'élaboration de leurs réponses.</p>	<p><u>Avant atelier : 5,31cm</u></p> <p><u>Après atelier : 8,20cm</u></p>	<p>La seule amélioration notable concerne le score d'anxiété passant d'élevé à modéré.</p>

	Vie institutionnelle	Comportement Verbal Non verbal	Relation /interaction dans le groupe	Bien-être subjectif Moyenne mesure EVA	Evolution observée
Sujet 2	<p>Ne participe à aucune animation. S'isole dans sa chambre, n'en sort que pour les repas en salle commune.</p> <p>Depuis l'atelier, la participante s'est liée avec une autre participante à laquelle elle apprend le tricotage (valorisation de son sentiment de compétence). Lui permet également le réinvestissement d'une source de satisfaction délaissée lors de son entrée.</p> <p>Depuis l'atelier, la participante prend parfois son goûter en salle commune avec certaines des participantes de l'atelier.</p>	<p>Le discours est ancré dans le présent. Il est cohérent et de plus en plus détaillé.</p> <p>Au cours des séances, s'est livrée au groupe sur ses difficultés d'adaptation à l'institution et sur sa perte d'autonomie en lien avec sa pathologie favorisant ainsi une mise à distance émotionnelle. S'est sentie soutenue par le groupe.</p> <p>S'est montrée souriante et détendue tout au long des séances. Besoin de la mise en place d'une relation de confiance réciproque avec les autres participantes pour s'ouvrir à ses difficultés.</p> <p>Pas de difficultés dans les réponses quel que soit le thème des questions abordées.</p>	<p>En début d'atelier, recherchait le soutien de l'intervenant, puis au fur et à mesure, s'est mise à interagir spontanément avec les autres participantes.</p> <p>Attitude de bienveillance à l'égard des autres participantes.</p> <p>Recherche du soutien du groupe.</p>	<p><u>Avant atelier : 3,50 cm</u></p> <p><u>Après atelier : 7,31 cm</u></p> <p>Au cours des semaines, la participante a montré une attitude d'attente les jours d'atelier et a fait un effort vestimentaire pour s'y rendre (revalorisation narcissique).</p>	<p><u>Diminution des scores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • D'anxiété et de dépression ; passant d'une symptomatologie anxio-dépressive modérée à l'absence de celle-ci. • D'amotivation au profit d'une amélioration de la motivation autodéterminée concernant l'engagement dans des activités futures. <p><u>Augmentation des scores :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • D'adaptation à la résidence notamment en ce qui concerne les sphères sociale et émotionnelle. <p>En outre, la participante perçoit certaines personnes de l'atelier comme des soutiens disponibles et satisfaisants concernant les dimensions : estime, information et émotionnelle.</p>

	Vie institutionnelle	Comportement Verbal Non verbal	Relation /interaction dans le groupe	Bien-être subjectif Moyenne mesure EVA	Evolution observée
Sujet 3	<p>Participante plutôt en retrait de la vie institutionnelle. Elle occupe les espaces communs sans réellement les investir.</p> <p>Ne participe que peu aux activités. Se définit comme sociable mais n'entretient pas de réels échanges socio-affectifs au sein de la résidence.</p> <p>Pas de changement notable après les 8 séances d'atelier.</p>	<p>Le discours est cohérent mais souvent hésitant et peu détaillé. Peu d'amélioration dans le discours au cours des séances.</p> <p>Peu d'expression émotionnelle au cours des séances.</p> <p>Montre des signes anxieux lorsque les questions la mettent en difficulté notamment celle faisant appel à la dimension imaginaire (mode défensif et d'évitement).</p>	<p>A eu besoin tout au long des séances des encouragements des autres participantes pour interagir avec elles (attend qu'on lui demande son avis).</p> <p>Agacée parfois par les expressions démonstratives (rire, chant ...) de certaines participantes sans toutefois le verbaliser (comportement non verbal).</p> <p>Moins en retrait du groupe lors des dernières séances.</p>	<p><u>Avant atelier : 5,40 cm</u></p> <p><u>Après atelier : 7,42 cm</u></p>	<p><u>Diminution des scores :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • D'anxiété et de dépression passant d'une symptomatologie anxio-dépressive élevée à modérée. • D'une motivation non autodéterminée au profit d'une motivation plutôt autodéterminé concernant l'engagement dans des activités futures. <p><u>Augmentation des scores</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • D'adaptation à la résidence notamment pour la sphère personnelle sans toutefois atteindre un niveau de bonne adaptation générale. • De bien-être global notamment concernant la dimension sociale. <p>Pas de modification concernant le soutien social perçu.</p>

	Vie institutionnelle	Comportement Verbal Non verbal	Relation /interaction dans le groupe	Bien-être subjectif Moyenne mesure EVA	Evolution observée
Sujet 4	<p>Participe à de nombreuses animations proposées.</p> <p>Ne souhaite pas s'investir dans la vie institutionnelle de façon active.</p> <p>Depuis l'atelier, la participante prend parfois le goût avec une autre participante avec qui elle partage son vécu et ressenti concernant ses difficultés et l'évolution de sa pathologie (soutien perçu)</p>	<p>Le discours est cohérent, fluide et adapté. De plus en plus détaillé au cours des séances.</p> <p>Souriante et détendue tout au long des séances.</p> <p>Très en difficulté concernant la dimension imaginaire, à laquelle elle refusera de répondre la plupart du temps et utilisera l'humour comme mécanisme de défense (évitement).</p>	<p>Plutôt réservée lors des premières séances, la participante a besoin de l'instauration d'une relation de confiance pour interagir de façon plus spontanée et pour s'investir dans les échanges.</p> <p>Besoin d'un cadre bienveillant que le groupe a intuitivement adopté à son égard.</p> <p>Besoin de valorisation favorisant chez elle un sentiment de compétence.</p>	<p><u>Avant atelier : 5,35 cm</u></p> <p><u>Après atelier : 7,82 cm</u></p>	<p><u>Diminution des scores :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • D'anxiété passant d'une symptomatologie anxieuse modérée à l'absence de celle-ci. • D'amotivation au profit d'une motivation intrinsèque et autodéterminé concernant l'engagement dans des activités futures. <p><u>Augmentation des scores :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • D'adaptation à la résidence notamment concernant la sphère sociale. • Du bien-être global (émotionnel, social et psychologique) • Du soutien social perçu concernant les dimensions : conseil / information et émotionnelle.

	Vie institutionnelle	Comportement Verbal Non verbal	Relation /interaction dans le groupe	Bien-être subjectif Moyenne mesure EVA	Evolution observée
Sujet 5	<p>Participe aux animations. S'investit institutionnellement. Joue régulièrement aux dominos avec d'autres personnes.</p> <p>Depuis l'atelier a invité sujet 7 à jouer aux dominos avec son groupe.</p>	<p>Discours cohérent, adapté, réactif, Utilise le « patois ».</p> <p>exprime de + en + ses expériences de vie et ses regrets que sa réussite sociale n'ait pas été à la hauteur de ses capacités.</p> <p>Souvent à l'aise souriant, parfois sérieux, crispé, interrogatif, triste (selon son propre discours).</p> <p>Questions « émotions » et « imaginaire » le mettent parfois en difficulté. Il demande explicitement de l'aide à sujet 6 ou verbalise son agacement ou réponse courte, pragmatique.</p> <p>Face émotions, parait utiliser l'affiliation, l'humour, l'affirmation de soi.</p>	<p>Leader modéré du groupe. Signale avec le doigt ou verbalement à qui c'est le tour. Fait passer le plateau...</p> <p>Des échanges spontanés, aimables avec les autres participants, dans le respect des règles du jeu. Entraide avec sujet 6, les 2 produisant des exemples facilitant la réponse de l'autre. Taquine parfois sujet 6 ou se montre agacé par les réponses proposées par celui-ci.</p> <p>Aide parfois sujet 7 à répondre. Impressionnée par sujet 8. Parait étonnée par la différence entre l'apparence physique et les réponses de sujet 8.</p>	<p><u>Avant atelier : 4,15 cm</u></p> <p><u>Après atelier : 8,08 cm</u></p>	<p><u>Diminution des scores :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • D'anxiété passant d'une symptomatologie anxieuse modérée à l'absence de celle-ci. • D'amotivation au profit d'une motivation autodéterminée concernant l'engagement dans des activités futures. <p><u>Augmentation des scores :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • D'adaptation à la résidence notamment concernant la sphère émotionnelle. • Du bien-être pour les sphères sociale et psychologique. • Du soutien social perçu comme disponible et satisfaisant concernant les dimensions d'estime et émotionnelle.

	Vie institutionnelle	Comportement Verbal Non verbal	Relation /interaction dans le groupe	Bien-être subjectif Moyenne mesure EVA	Evolution observée
Sujet 6	<p>Participe aux animations et au PASA. Joue régulièrement aux dominos avec d'autres personnes.</p> <p>Depuis l'atelier, a invité sujet 7 à jouer aux dominos avec son groupe.</p>	<p>Discours cohérent, fluide adapté, parfois réactif, parfois hésitant. Prend parfois conseil auprès sujet 5 avant répondre ou produit réponse courte, pragmatique.</p> <p>Les questions « valeur » l'étonne parfois. Répond par une interrogation.</p> <p>Parfois en difficulté avec les questions « émotions » et « imaginaire ». Observe temps silence puis demande à sujet 5 ce qu'il en pense.</p> <p>Pour contrer doutes, angoisses, semble utilise l'humour, l'affiliation et l'autodérision</p>	<p>Lors 1^{ère} séance, difficultés à respecter règle tour de rôle. Prend la parole à tout moment, Ecoute peu les autres. L'intervenant doit rappeler la règle. Réagit avec humour et valide la règle.</p> <p>Renforce souvent les dires de sujet 5.</p> <p>En difficulté, interpelle les autres et préférentiellement sujet 5 mais aussi l'intervenant.</p> <p>Impressionnée par sujet 8. Etonné par différence apparence physique et réponses. Verbalise son étonnement auprès intervenant après les séances.</p> <p>Lors récits vie, se pose le + souvent en privilégié par opposition vécus sujets 5 et 7.</p> <p>Après les 1^{ères} séances, aide sujet 8 à prendre l'ascenseur</p>	<p><u>Avant atelier</u> : 3,05 cm</p> <p><u>Après atelier</u> : 8,06 cm</p>	<p><u>Diminution des scores</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'anxiété passant d'une symptomatologie anxieuse élevée à l'absence de celle-ci. <p><u>Augmentation des scores</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'adaptation à la résidence notamment concernant les sphères émotionnelle et sociale. • Du bien-être émotionnel et psychologique. • Du soutien social perçu à la fois comme disponible et satisfaisant concernant les dimensions : conseil / information et émotionnelle. <p>Pas d'effet de l'intervention concernant la motivation</p>

	Vie institutionnelle	Comportement Verbal Non verbal	Relation /interaction dans le groupe	Bien-être subjectif Moyenne mesure EVA	Evolution observée
Sujet 7	<p>Participe aux animations.</p> <p>Lors des ateliers a indiqué à plusieurs reprises son goût pour les jeux de société.</p> <p>Après les ateliers, s'est intégré au groupe « dominos » auquel participe sujets 1 et 2.</p>	<p>1^{ère} séance : discours peu articulé. S'affirme verbalement par suite.</p> <p>Discours cohérent, adapté, pragmatique, affirmatif vs hésitant. Reste 1er degré.</p> <p>Souriant, décontracté vs soucieux.</p> <p>Questions « récit de vie » et « valeur » permettent de parler de sa famille, des sacrifices consentis, de ses capacités insuffisamment reconnues et aussi des réussites familiales.</p> <p>Perplexe face aux questions « émotion » et « imaginaire ». Demande aide pour comprendre.</p> <p>Passe parfois son tour ou produit réponses brèves</p> <p>Confronté émotion, paraît utiliser l'affirmation de soi et parfois l'idéalisation de ses proches.</p>	<p>Début 1^{ère} séance, paraît mal à l'aise, assez réservé.</p> <p>Parle entre ses dents, bafouille parfois</p> <p>Ensuite décontracté, cherche, l'approbation des autres y compris de l'intervenant.</p> <p>Lors des récits de vie, semble rechercher validation ; reconnaissance des difficultés auxquelles il a été confronté et du dévouement dont il dit avoir fait preuve vis-à-vis de sa famille (frères, enfants).</p> <p>L'approbation admirative des autres semble augmenter son sentiment de compétence.</p> <p>Sourire éclatant en réponse.</p>	<p><u>Avant atelier : 4,18 cm</u></p> <p><u>Après atelier : 4,70 cm</u></p>	<p><u>Diminution des scores :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • D'anxiété et de dépression passant d'une symptomatologie anxio-dépressive modérée à l'absence de celle-ci. • D'amotivation au profit d'une motivation autodéterminée concernant l'engagement dans des activités futures. <p><u>Augmentation des scores :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • D'adaptation à la résidence notamment concernant les sphères personnelle et émotionnelle. • Du bien-être psychologique global (émotionnel, social et psychologique). <p>Pas d'effet de l'intervention concernant le soutien social perçu.</p>

	Vie institutionnelle	Comportement Verbal Non verbal	Relation /interaction dans le groupe	Bien-être subjectif Moyenne mesure EVA	Evolution observée
Sujet 8	<p>Participe aux animations et au PASA</p> <p>Malgré la verbalisation de son besoin d'amitié, de relations, n'a pas été intégré au groupe dominos.</p> <p>A besoin d'être sollicité pour exprimer son potentiel. Au quotidien, reste assis au même endroit dans une expression physique repliée voire figée sans prendre l'initiative de parler à ses voisins. Ferme souvent les yeux.</p>	<p>Discours lent, réfléchi. Cohérent, bref, précis. Propos élaborés, de « sage » qui questionnent les autres et élève le débat.</p> <p>Son discours produisant un effet positif sur le groupe, son comportement son expression physique (repliée) change. Relève la tête, ouvre grand les yeux, sourit, tourne lentement la tête pour regarder l'effet produit par ses propos.</p> <p>Rarement en difficulté quel que soit la question. Produit des réponses visant à l'harmonie. Paraît aimer la vie, avoir confiance mais regretter l'isolement auquel le contraint sa maladie.</p> <p>Semble utiliser l'intellectualisation, l'auto-observation voire parfois l'affiliation.</p>	<p>A besoin de temps pour produire ses réponses et donc de patience de la part des autres qui sont souvent admiratifs. Provoque étonnement de sujet 6 qui demande des explications.</p> <p>Besoin de se sentir reconnu par le groupe, ce qui amplifie son sentiment de compétence.</p> <p>Verbalise son besoin d'amitié, de relations. Valorise les autres participants, valide et renforce leurs propos.</p>	<p><u>Avant atelier</u> : 4,75 cm</p> <p><u>Après atelier</u> : 7,01 cm</p> <p>Semble avoir vécu l'atelier comme une « parenthèse enchantée »</p>	<p>La seule amélioration notable concerne le bien-être émotionnel et psychologique.</p>

	Vie institutionnelle	Comportement Verbal Non verbal	Relation /interaction dans le groupe	Bien-être subjectif Moyenne mesure EVA	Evolution observée
Sujet 9	Participe aux animations.	<p>Discours cohérent réfléchi, affirmé, précis parfois sentencieux. Très réactive. 1^{ère} réponse brève suivi d'explications pouvant être très développées. Propos élaborés, parfois lyriques, imaginatifs. Cite des romans, écrivains, poètes. Parle du passé mais aussi de l'actualité.</p> <p>Parfois souriant, parfois étonné, crispé voire excité. Ses émotions très diverses sont en phase avec ses propres réponses et les réactions toujours positives des autres.</p> <p>Pas de difficultés dans les réponses quel que soit le thème des questions abordées. En réponse aux conflits émotionnels et aux stress, paraît utiliser l'humour l'affirmation de soi.</p>	<p>Ses propos étonnent, questionnent les autres qui l'écoutent attentivement.</p> <p>Paraît très satisfait de lui-même mais aussi très attentif aux autres.</p> <p>Son narcissisme semble comblé par l'admiration de sujet 10, aide celui-ci à réfléchir et trouver des réponses en lui donnant des exemples. Aide aussi, à moindre niveau, sujet 11.</p> <p>Favorise les échanges verbaux dans le groupe. Donne le ton des discussions.</p> <p>Ses citations (chanteurs chansons) permettent au groupe de chanter</p>	<p><u>Avant atelier</u> : 4,55 cm</p> <p><u>Après atelier</u> : 8,25 cm</p>	<p><u>Diminution des scores</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'anxiété et de dépression passant d'une symptomatologie anxio-dépressive modérée à l'absence de celle-ci. • D'amotivation au profit d'une motivation intrinsèque et autodéterminée concernant l'engagement dans des activités futures. <p><u>Augmentation des scores</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • D'adaptation à la résidence concernant toutes les sphères : personnelle, sociale et émotionnelle. • Du bien-être global (émotionnel, social et psychologique) • Du soutien social perçu comme disponible et satisfaisant concernant les dimensions d'estime et émotionnelle.

Annexe 5 : Tableau 5. Fiabilité des différentes échelles et de leurs sous-dimensions.

Afin de mesurer la fiabilité des scores qui seront obtenus dans notre étude, un alpha de Cronbach a été réalisé pour chacune des échelles. Les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 5. Fiabilité des différentes échelles et de leurs sous-dimensions.

Echelles	Alpha de Cronbach α	Item supprimé	Alpha corrigé α
HAD			
Anxiété	0,76	-	-
Dépression	0,56	9	0,70
EAPÂR			
Sphère personnelle	0,73	-	-
Sphère sociale	0,87	-	-
Sphère bien-être	0,76	-	-
EAPÂR total	0,82	-	-
MHC – SF			
Emotionnel	0,53	8	0,69
Social	0,45	12	0,72
Psychologique	0,70	-	-
EMPA			
Intrinsèque	0,87	-	-
Autodéterminée	0,77	-	-
Non-autodéterminée	0,81	-	-
Amotivation	0,71	-	-
QSSP			
Disponibilité	0,61	Sphère financière	0,86
Satisfaction	0,52	Sphère financière	0,78

Annexe 6 : Tableau 6. Résultats des corrélations avant et après intervention (N=11).

AVANT / APRES	
(N=11)	
Rho de Spearman	
HAD	
Anxiété	-.65*
Dépression	.56
ADAPTATION RES. (EAPÂR)	
Sphère personnelle	.47
Sphère sociale	.85**
Sphère bien-être	.27
EAPÂR Total	.83**
BIEN-ÊTRE (MHC- SF)	
Emotionnel	.65*
Social	.39
Psychologique	.46
MOTIVATION (EMPA)	
Intrinsèque	.83**
Autodéterminée	.88**
Non autodéterminée	-.50
Amotivation	-.56
SOUTIEN SOCIAL (QSSP)	
<i>Disponibilité perçue</i>	
Estime	.80**
Informatif	.34
Emotionnel	.51
<i>Satisfaction perçue</i>	
Estime	.78**
Informatif	.08
Emotionnel	.22

Note. Adaptation res. = adaptation à la résidence ; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Annexe 7 : La construction de l'intervention du psychologue, pour une utilisation optimale de l'outil.

Introduction

Pour que le jeu « Des Récits et des Vies© » puisse s'inscrire en tant qu'outil-médiateur, dans le cadre d'une prise en charge psychologique, l'intervention doit être pensée, construite et conduite tant aux niveaux théoriques que pratiques.

Nous verrons dans un premier temps qu'une maîtrise des effets potentiellement délétères de cet outil particulier est nécessaire (I) puis nous envisagerons dans quel type d'intervention peut être intégré cet outil (II). Ensuite nous examinerons les modalités de construction du cadre de la prise en charge psychologique (III) et enfin nous préciserons les conditions requises pour l'évaluation qualitative et quantitative de l'intervention (IV).

I. La maîtrise des effets potentiellement délétères de l'outil

A défaut d'utilisation maîtrisée, l'action du médiateur serait fort variable, anecdotique, voire même délétère. En effet, le questionnement induit par les quatre thèmes (récit de vie, valeurs, imagination, émotions) produit fréquemment des réponses émotionnelles d'une forte intensité, intensité qui peut être amplifiée par le groupe. Ceci oblige à réguler dans l'instant les émotions et comportements (verbaux et non verbaux) en découlant, afin que la sérénité du participant et du groupe ne soit pas durablement affectée.

Pour réguler les interactions, le psychologue peut, par exemple, s'appuyer sur le groupe pour encourager l'effet de positivité, c'est-à-dire la tendance naturelle qu'ont les individus en vieillissant, de privilégier les affects positifs et d'éviter ou de réduire les affects négatifs (Guillaume et al., 2009). De la sorte, un souvenir à valence négative peut être mis en perspective avec d'autres événements, par exemple plus récents, permettant au groupe de prendre conscience des évolutions positives qui se sont produites depuis l'évènement et d'orienter le débat vers des ressentis positifs.

Si la régulation est correcte, le jeu peut, comme le montre notre étude, constituer un outil médiateur favorisant le bien-être qui est lui-même un élément fondamental de l'adaptation au quotidien.

II. Le type d'intervention dans lequel peut être intégré l'outil médiateur

La présentation de l'outil sous la forme d'un jeu de société simple, ne nécessitant pas de retenir des règles mais facilitant les échanges verbaux, constitue un atout permettant d'envisager son utilisation en tant qu'un des supports ludiques d'un travail de stimulation cognitive collective sous forme d'atelier de réminiscence, l'objectif final étant, comme nous le précisons dans notre article, une amélioration générale du fonctionnement cognitif et social des participants. En effet, les réminiscences et particulièrement les réminiscences intégratives permettent « le maintien d'un sentiment d'identité personnelle stable : cohérence et continuité ». Ces réminiscences se produisent grâce au « recours à la mémoire autobiographique épisodique et sémantique » et permettent l'émergence de souvenirs « en adéquation avec les valeurs, croyances, désirs actuels » (Talbot-Mahmoudi, 2015).

Le questionnement proposé par le jeu devrait permettre aux aînés de partager des souvenirs d'une époque commune et ainsi de s'inscrire dans une appartenance groupale. En effet, ce médiateur favorise le lien, l'échange, la réflexion commune, le partage d'émotions (se traduisant par exemple par des sourires, des rires mais aussi des moments de gravité partagés). Il encourage l'expression, aide à se dire mais aussi à écouter. Le récit de l'un favorise le récit de l'autre et produit des échanges verbaux et non verbaux, souvent positifs. Le partage des souvenirs générationnels suscite l'émergence du groupe en tant que tel et fonde sa cohésion par la reconnaissance, l'acceptation et le respect d'autrui, en tant que personne à la fois différente et semblable.

Lors de notre étude, la dynamique qui s'est instaurée dans les groupes a aussi permis de dépasser des stéréotypes négatifs, notamment vis-à-vis des personnes handicapées ou souffrant de troubles cognitifs plus prononcés que ceux des autres participants. Ainsi, par exemple un sujet souffrant de la maladie de parkinson, présentant une allure très repliée, des baisses fréquentes et subites d'attention, qui ne prend pas habituellement l'initiative de converser avec ses voisins et donc assez isolé, a pu, grâce à la stimulation induite par le questionnement, montrer ses capacités intellectuelles qui ont été reconnues par le groupe. Il s'est senti valorisé, reconnu, son « estime de soi » a paru augmenter. La reconnaissance groupale a contribué à son bien-être.

Finalement, l'outil pourrait permettre une forme de réapprentissage ; réappropriation de stratégie sociale permettant d'aller vers les autres. Tel semble avoir été le cas, par exemple, d'une personne qui a été intégrée dans un groupe de jeux, après la fin de l'intervention. Son intégration supposait la rencontre de son désir d'être intégré avec les désirs des personnes qui

pouvaient l'intégrer. Mais cette mise en acte n'a pu être réalisée que par le dépassement, grâce à l'intervention, des difficultés de tous ordres existant préalablement. Une autre personne a décidé à l'issue de l'intervention, de proposer aux nouveaux résidents de jouer avec elle. Elle a transformé sa pensée en action et, selon ses dires, sa proposition a déjà produit effet.

Mais pour que la démarche soit efficace, le psychologue doit construire son intervention préalablement à l'utilisation de l'outil et procéder à l'évaluation qualitative et quantitative de l'intervention.

III. Les modalités de construction du cadre de la prise en charge psychologique

Pour que l'utilisation de l'objet médiateur soit pertinente, le psychologue doit (outre l'établissement d'une relation de confiance avec chaque personne dans le respect de la confidentialité) penser la constitution du groupe et l'organisation des séances (3.1), veiller avec soin au choix des participants (3.2) et disposer de repères de base lui permettant d'être en mesure de vérifier l'intérêt de son intervention (3.3).

3.1 La constitution du groupe et l'organisation des séances : le psychologue doit décider de la taille du groupe (3.1.1) ainsi que des consignes, du rythme, des horaires et du nombre des séances (3.1.2).

3.1.1 La taille du groupe : un petit groupe homogène de 4 à 6 participants paraît idéal. En effet, d'après notre expérience, il semble que 3 personnes aient plus de difficultés à se reconnaître en tant que groupe que 4 personnes, qu'elles aient besoin de davantage de stimulation avant que le sentiment d'appartenance au groupe émerge. A l'inverse, il n'est pas certain, avec un tel outil, qu'il soit judicieux de dépasser 6 participants. Ceci, d'une part du fait des ressources matérielles nécessaires : une plus grande table autour de laquelle les joueurs sont forcément plus éloignés les uns des autres, ce qui limite les possibilités d'échanges verbaux. Mais aussi et surtout, du fait des ressources des personnes, qu'il s'agisse des participants ou du psychologue. Ainsi, la difficulté liée à l'éloignement physique des participants peut être amplifiée par les déficits sensoriels notamment auditifs. En outre, la séance durerait probablement plus d'une heure, ce qui paraît excessif vu la fatigabilité importante des aînés. Enfin de telles conditions d'intervention pourraient affecter les capacités d'attention, de régulation, de relance pertinente du psychologue.

3.1.2 Les consignes, le rythme, les horaires et le nombre des séances : les consignes propres au média et aussi celles liées à l'exercice de groupe doivent être clairement précisées au début de la première intervention et rappelées (au moins brièvement) lors de chaque séances. Le rythme des séances doit être régulier, les jours et heures doivent être précisés à l'avance (si possible à la fin de la séance précédente) pour respecter et faciliter les besoins d'anticipation, de préparation, et de motivation avant les séances, éléments qui sont autant de gages de réussite du travail proposé.

Lors de notre étude, la motivation de tous s'est maintenue sans qu'il soit nécessaire de stimuler les personnes en dehors des séances. Cette motivation s'est exprimée (outre par la richesse des échanges lors des séances) par le fait que la plupart des personnes s'apprêtaient pour la séance, que ce soit au niveau vestimentaire ou en venant en avance dans la salle ou encore en s'assurant que les autres participants n'avaient pas oublié l'heure de la séance, voire en allant chercher dans sa chambre un autre participant risquant d'être en retard. Une personne en fauteuil a même refusé une douche (qu'elle apprécie habituellement) pour ne pas manquer le début d'une séance. L'impression d'être favorisé ; invité à participer à une expérience inédite ; en quelque sorte « initié » a été verbalisée par certaines personnes, ce qui pourrait vouloir dire qu'une certaine solennité, un certain formalisme est susceptible de favoriser le sentiment d'appartenance au groupe, mais aussi, que l'imagination du psychologue pour concevoir et utiliser de nouveaux médiateurs au service de ses objectifs, est un atout particulièrement important.

Concernant le nombre des séances, en notre qualité de stagiaires psychologues en apprentissage dans de nombreux domaines, nous pouvions difficilement dépasser 8 séances. Mais nous avons constaté que la plupart des personnes aurait volontiers continué et a regretté par la suite de ne pas pouvoir recommencer. Il semble donc que le potentiel présenté par l'outil était loin d'être épuisé.

3.2 Le choix des participants : le groupe doit être suffisamment homogène pour ne pas mettre des participants en difficulté. Ceci ne veut pas dire que tous doivent être dans les mêmes dispositions cognitive, physique ou (et) psychique. Mais la composition du groupe doit être pensée de telle sorte qu'elle assure la concordance des buts personnels avec les objectifs du psychologue et la compatibilité des participants entre eux (3.2.1) ce qui suppose une bonne connaissance des personnes sollicitées (3.2.2).

3.2.1 La concordance des buts personnels avec les objectifs du psychologue et la compatibilité des participants entre eux : le psychologue doit composer son groupe avec des personnes susceptibles de tirer bénéfice de la participation collective à l'atelier. A défaut, le risque serait de mettre l'un ou l'autre des participants, voire le groupe tout entier, en échec.

Pour cela, il peut, par exemple, s'inspirer des principes recommandés par Seron et Van der Linden (2016) pour la préparation du travail de revalidation neuropsychologique. Dans cet esprit, il doit s'assurer, que les buts qu'il poursuit en proposant le « jeu » (réminiscences, création de lien...) correspondent aux buts quotidiens des personnes qu'il souhaite inclure dans le groupe.

En outre, il doit s'assurer de la compatibilité des participants entre eux, particulièrement en terme affectif.

Dans le cadre de notre étude, préalablement aux ateliers, les participants avaient un désir commun de jouer et de communiquer avec autrui et aussi une difficulté à ce faire, pour des raisons diverses: timidité vs sentiment de supériorité, découragement lié à des échecs suite à des tentatives relationnelles, difficultés fonctionnelles (fauteuils, déambulateurs, maladies spécifiques), voire des difficultés d'initiation de l'action entraînant une certaine passivité. Quelque soient les causes, le résultat était le même, à savoir l'émergence d'un sentiment d'isolement ou à minima d'ennui. Les buts implicites se rejoignaient donc : grâce au jeu et à l'échange, se sentir entouré, faire baisser l'anxiété, ressentir du bien-être. Ces attendus correspondaient dans l'ensemble aux variables dont nous avons décidé de mesurer l'évolution (cf. : pour l'inventaire des mesures : notre article).

3.2.2 La connaissance des participants potentiels : le psychologue doit prendre en compte leur fonctionnement cognitif, psychique, social, émotionnel, leur personnalité, leur représentation de soi et d'autrui, leurs centres d'intérêts (particulièrement leur goût vs détestation pour les jeux de société) leur motivation, etc.

S'il ne connaît pas suffisamment les personnes, il paraît opportun qu'il s'entretienne avec chacune d'elles dans le cadre d'un entretien semi-structuré, qu'il leur fasse passer un test d'efficacité cognitive globale et qu'il se renseigne auprès de l'équipe ou (et) des proches à qui il peut, aussi, faire remplir des questionnaires d'hétéro-évaluation afin d'appréhender au mieux les capacités, handicaps, désirs, besoins, buts, motivations des participants potentiels.

Il convient aussi de noter que certaines personnes de notre échantillon, se côtoyaient, échangeaient, s'appréciaient voire jouaient ensemble à des jeux de société avant notre

intervention. Nous avons considéré qu'il serait regrettable de séparer des personnes qui s'entendent et se stimulent réciproquement. Lors des séances, nous avons constaté que ces personnes ne montraient aucune tendance à la fermeture ou au repli sur leur groupe de base. Bien au contraire, elles ont, souvent, eu un rôle moteur dans la cohésion du groupe y compris, après notre intervention, certaines personnes (se disant « isolée » avant l'intervention) ayant été intégrées, par la suite, dans leurs groupes.

3.3 Les repères servant de base pour apprécier l'intérêt de l'intervention : le psychologue soucieux de pouvoir évaluer la qualité de son intervention choisira les questionnaires d'auto-évaluation, qu'il fera passer aux futurs participants, en fonction des objectifs de l'intervention, autrement dit, en fonction du type de changement ou d'évolution que l'intervention est censée favoriser.

IV. Conditions requises pour l'évaluation qualitative et quantitative de l'intervention

Pour que le psychologue puisse justifier que son travail constitue bien, au-delà d'une animation, une prise en charge psychologique, il doit aussi pouvoir se prononcer sur l'évolution des ressentis au cours de l'intervention (4.1) et mesurer les résultats de l'intervention (4.2).

4.1 L'évolution des ressentis pendant l'intervention : le psychologue doit y être sensible lors de chaque séance. Son positionnement ne doit donc pas être limité à celui d'un meneur de jeu mais requiert écoute et observation attentive de chacun des participants et aussi des interactions (y compris celles l'impliquant directement).

Il paraît utile qu'il retranscrive, comme nous l'avons fait, pour chacun des participants (cf. : modèle joint) tous les faits marquants (comportements verbaux et non verbaux, émotions, interactions...) dès la fin de la séance. Il peut aussi procéder à un enregistrement audio ou même vidéo de la séance, à condition que les participants soient d'accords, que les consentements soient recueillis par écrit et sous réserve que cela ne nuise pas au bon déroulé de l'atelier.

4.2 La mesure des résultats de l'intervention : pour mesurer ceux-ci, le psychologue doit agir lors de chaque rencontre (4.2.1) et après la fin de l'intervention (4.2.2).

4.2.1 Lors de chaque rencontre : L'évaluation peut consister, comme nous l'avons fait, à faire remplir à chaque participant une EVA avant et après chaque séance.

4.2.2 Après l'intervention : le psychologue doit faire passer les mêmes questionnaires d'auto-évaluations que ceux utilisés avant l'intervention. Dans l'idéal, il paraît souhaitable de les faire passer au moins à deux reprises, c'est-à-dire, juste après l'intervention mais aussi après quelques semaines pour vérifier l'existence d'un effet positif durable en particulier sur le bien-être, l'estime de soi, les sentiments de continuité et de contrôle. Si l'effet n'est pas durable, ce constat pourra permettre au psychologue de réfléchir aux ajustements nécessaires dans le cadre d'une nouvelle intervention, que celle-ci ait lieu avec les mêmes personnes ou avec d'autres.

En conclusion

Il semble (si le psychologue respecte toutes les précautions nécessaires) que l'utilisation de l'outil puisse être envisagée dans de très nombreuses structures, y compris, par exemple, dans les unités protégées. Mais, dans ce cas, une attention particulière devra être portée aux questions proposées, notamment celles favorisant l'expression des émotions et celles centrées sur l'imagination qui semblent mettre en difficulté les personnes fragiles. Il est possible qu'il soit opportun de retirer certaines cartes voire même de se centrer uniquement sur les cartes « récit vie » et « valeur » susceptibles d'amorcer la mémoire affective, l'objectif particulier, dans les UP, étant d'instaurer un échange valorisant mais aussi très rassurant et apaisant.

En outre, en tant que créateur de lien social, l'utilisation de l'outil peut être envisagée en incluant dans le groupe des membres de l'équipe ou (et) des proches des résidents, à l'instar d'autres initiatives déjà expérimentées et reconnues comme celle d'Argentin (2006) qui a mis en place des ateliers du souvenir dans différents E.H.P.A.D. En effet, le partage de son histoire de vie, autrement dit de soi-même constitue pour les aînés un moyen de transmission intergénérationnelle. Il participe aux besoins de transcendance de sa propre finitude et de mémoire collective. Il permet une reconnaissance par autrui de la personne dans sa singularité. Autrement dit, il permet d'appréhender l'individu dans sa globalité, sa continuité plutôt que sous un regard réducteur marqué par les pertes et les incapacités.

Finalement, comme l'indique Lalive d'Epinay (2009), les gériatres et plus généralement les acteurs professionnels du vieillissement constatent que beaucoup d'individus âgés sont engagés, à des degrés divers, dans la construction d'une histoire de vie cohérente qu'ils « écrivent dans leur tête ». L'outil médiateur « Des Récits et des Vies© » permet, sous le regard vigilant du psychologue, de passer de la pensée à l'expression de celle-ci, autrement dit à l'acte.

Annexe 8 : Feuille de consentement et Protocole de recherche.

CONSENTEMENT DE PARTICIPATION A L'ETUDE
--

Mme Cathy Canovas / Mme Geneviève Moreau m'a proposé de participer à une recherche portant sur le jeu « Des Récits et des Vies© ».

Elle m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser.

Je soussigné (e), **NOM** : **Prénom** :

Accepte de participer à cette recherche dans les conditions précisées dans ce document :

- J'accepte le traitement des données obtenues, sachant qu'il n'y a pas de bénéfice direct.
- Je peux à tout moment et sans justification interrompre ma collaboration à cette recherche.
- Je peux demander à ce que le questionnaire que j'ai rempli soit détruit ou ne soit pas restitué.
- J'ai la garantie de l'exploitation de ces questionnaires à des seules fins universitaires et scientifiques.
- Cette recherche est conforme au respect des dispositions légales, éthiques et déontologiques.
- Les données recueillies à l'occasion de cette étude resteront anonymes.

J'ai compris ces informations et elle m'a laissé le temps et le loisir de poser toutes les questions que je souhaitais.

A remplir de la main du participant

A remplir par l'investigateur

Date :	Date :
Signature :	Signature :



ETABLISSEMENT

NOM chercheur

SUJET N°

(01 à 10)

NOM

PRENOM

CAHIER D'OBSERVATION

Séance 1 :

Séance 2 :

DEROULEMENT DE LA RECHERCHE

	SEANCE 1	SEANCE 2
Critère d'inclusion / non inclusion	X	
Notice d'information	X	
Formulaire de consentement	X	
Grille AGGIR	X	

MMS	X	
H.A.D	X	X
Echelle EAPÂR	X	X
Echelle MHC-SF	X	X
Echelle QSSP	X	X
Echelle EMPA (Loisirs)	X	X

DONNEES DEMOGRAPHIQUES

NOM : |_|_|_|_|

PRENOM : |_|_|_|_|

DDN : |_|_| / |_|_|_|_|

AGE : |_|_|

SEXE : F M

NIVEAU D'ETUDE :

PROFESSION ANTERIEURE :

SITUATION FAMILIALE :

ENFANT : Oui / Non

CHAMBRE : Seule / Double

ÊTES-VOUS SATISFAIT(E) DES ACTIVITES PROPOSEES ? : Oui / Non

- Vous semblent-elles adaptées : Oui / Non
- Si non, pourquoi ?
- Participez-vous à certaines de ces activités ? : Oui / Non
- Si oui lesquelles :
- Quel type d'activité souhaiteriez-vous faire ?

AIMEZ – VOUS JOUER :

- Jeux de société : Oui / Non
- Jeux de lettres : Oui / Non
- Jeux de carte : Oui / Non
- Jeux d'argent (loterie) : Oui / Non

Si oui, est-ce que vous jouez :

- Avec d'autres résidents
- Avec des personnes extérieures

PATHOLOGIES (neurologique, psychiatrique ...) :

.....
.....
.....
.....

Date du diagnostic :

TRAITEMENTS (nom + posologie) :.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

GRILLE AGGIR

- A** : fait seul(e), totalement, habituellement, correctement
B : fait partiellement, non habituellement, non correctement
C : ne fait pas

VARIABLES DISCRIMINANTES	
COHERENCE : Converser et/ou se comporter de façon sensée	
ORIENTATION : Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	
TOILETTE DU HAUT DU CORPS : Concerne le visage (incluant le rasage et le coiffage), le tronc, les membres supérieurs et les mains	
TOILETTE DU BAS DU CORPS : Concerne les régions intimes, les membres inférieurs, les pieds	
HABILLAGE HAUT : Le fait de passer des vêtements par la tête et/ou les bras	
HABILLAGE MOYEN : Le fait de boutonner un vêtement, de mettre une fermeture éclair ou des pressions, une ceinture et des bretelles	
HABILLAGE BAS : Le fait de passer des vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas et les chaussures	
ALIMENTATION : SE SERVIR Couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir un verre	
ALIMENTATION : MANGER Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler	
ELIMINATION URINAIRE : Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire	
ELIMINATION FECALE : Assurer l'hygiène de l'élimination fécale	
TRANSFERTS : Se lever, se coucher, s'asseoir	
DEPLACEMENT A L'INTERIEUR : Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR : A partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	
COMMUNICATION A DISTANCE : Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme	

CRITERES DE SELECTION

Critère d'inclusion	OUI	STOP
➤ Personnes âgées de plus de 65 ans, homme ou femme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Dans l'établissement depuis au moins 3 mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ De langue maternelle française	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Volontaire, informé des objectifs de la recherche et ayant donné son accord de participation par écrit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Critère de non-inclusion	NON	STOP
➤ Personne présentant une démence ne lui permettant pas de compléter les questionnaires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Schizophrénie et autres troubles psychotiques d'évolution chronique et troubles bipolaires, selon les critères diagnostiques du DSM-V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Patient présentant des déficiences sensorielles non corrigées (vision et audition)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fait à le

Signature du chercheur :

MINI MENTAL STATUS DE FOLSTEIN

ORIENTATION

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simple, les autres un peu moins...Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.

Quelle est la date d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions dans l'ordre suivant :

1 – En quelle année sommes-nous ?

2 – En quelle saison ?

3 – En quel mois ?

4 – Quel jour du mois ?

5 – Quel jour de la semaine ?

Je vais poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous nous trouvons :

6 – Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?

7 – Dans quelle ville se trouve-t-il ?

8 – Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?

9 – Dans quelle province ou région est située ce département ?

10 – A quel étage sommes-nous ?

APPRENTISSAGE

Je vais vous dire 3 mots. Je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure : **Cigare – Fleur – Porte**. Répétez ces 3 mots.

11 – Cigare

12 – Fleur

13 – Porte

ATTENTION ET CALCUL

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

14 – 93

15 – 86

16 – 79

17 – 72

18 – 65

Pour tous les sujets, même ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander voulez-vous épeler le mot **MONDE** à l'envers :

RAPPEL

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?

19 – Cigare

20 – Fleur

21 – Porte

LANGAGE

22 – Montrez un **crayon**. Quel est le nom de cet objet ?

23 – Montrez votre **montre**. Quel est le nom de cet objet ?

24 – Ecoutez bien et répétez après moi : « **Pas de mais ni de si ni de et** »

Posez une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant :
« **Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire** » :

25 – Prenez cette feuille de papier de la main droite

26 – Pliez-la en deux

27 – Jetez-la par terre

28 – Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère :

« **FERMEZ LES YEUX** » et dire au sujet :

« **Lisez ce qui est écrit sur cette feuille et faites ce que l'on vous demande de faire** ».

29 – Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

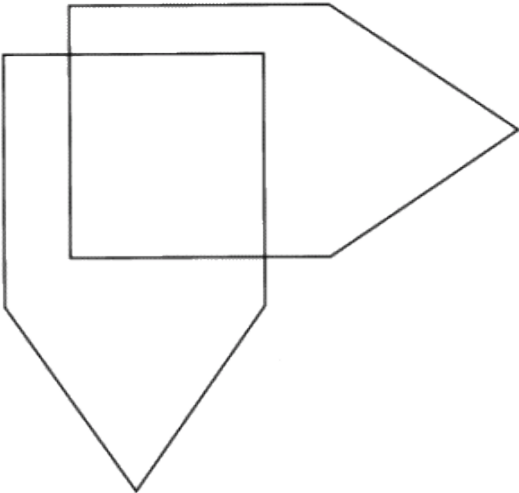
« **Vous voulez m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière** ».

PRAXIEN CONSTRUCTIVES

30 – Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

« **Voulez-vous recopier ce dessin ?** »

TOTAL :



« FERMIEZ LES YEUX »

H.A.D.

Instructions : Pour chaque affirmation, veuillez entourer la réponse qui vous semble la plus appropriée.

1. Je me sens tendu ou énervé.
 - 0 Jamais
 - 1 De temps en temps
 - 2 Souvent
 - 3 La plupart du temps

2. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.
 - 0 - Pas du tout
 - 1 - Un peu mais cela ne m'inquiète pas
 - 2 - Oui, mais ce n'est pas trop grave
 - 3 - Oui, très nettement

3. Je me fais du souci.
 - 0 - Très occasionnellement
 - 1 - Occasionnellement
 - 2 - Assez souvent
 - 3 - Très souvent

4. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.
 - 0 - Oui, quoi qu'il arrive
 - 1 - Oui, en général
 - 2 - Rarement
 - 3 - Jamais

5. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.
 - 0 - Jamais
 - 1 - Parfois
 - 2 - Assez souvent
 - 3 - Très souvent

6. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.
 - 0 - Pas du tout
 - 1 - Pas tellement
 - 2 - Un peu
 - 3 - Oui, c'est tout à fait le cas

7. J'éprouve des sensations soudaines de panique.
 - 0 - Jamais
 - 1 - Pas très souvent
 - 2 - Assez souvent
 - 3 - Vraiment très souvent

8. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.
- 0 - Oui, tout autant
 - 1 - Pas autant
 - 2 - Un peu seulement
 - 3 - Presque plus
9. Je ris facilement et vois le bon côté des choses.
- 0 - Autant que par le passé
 - 1 - Plus autant qu'avant
 - 2 - Vraiment moins qu'avant
 - 3 - Plus du tout
10. Je suis de bonne humeur.
- 0 - La plupart du temps
 - 1 - Assez souvent
 - 2 - Rarement
 - 3 - Jamais
11. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.
- 0 - Jamais
 - 1 - Parfois
 - 2 - Très souvent
 - 3 - Presque toujours
12. Je me m'intéresse plus à mon apparence
- 0 - J'y prête autant d'attention que par le passé
 - 1 - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
 - 2 - Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
 - 3 - Plus du tout
13. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.
- 0 - Autant qu'avant
 - 1 - Un peu moins qu'avant
 - 2 - Bien moins qu'avant
 - 3 - Presque jamais
14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.
- 0 - Souvent
 - 1 - Parfois
 - 2 - Rarement
 - 3 - Très rarement

Echelle EAPAR (Castonguay et Ferron)

Instructions : Pour chacune des propositions qui vous sont présentées ci-après dites dans quelle mesure vous êtes d'accord avec chacune d'entre elles en employant à chaque fois l'échelle de réponses portée en dessous. Le point le plus à gauche correspond au désaccord le plus radical (tout à fait en désaccord). Le point le plus à droite à l'accord total (tout à fait en accord).

- 1. Tout à fait en désaccord**
- 2. Plutôt en désaccord**
- 3. Plutôt en accord**
- 4. Tout à fait en accord**

1. Mes journées sont habituellement organisées de façon semblable.

Tout à fait en désaccord 1 2 3 4 Tout à fait en accord

2. Vivre entouré(e) de plusieurs personnes me dérange.

Tout à fait en désaccord 1 2 3 4 Tout à fait en accord

3. Je pense souvent à la façon dont je vivais avant mon arrivée à la résidence.

Tout à fait en désaccord 1 2 3 4 Tout à fait en accord

4. Mes habitudes de vie s'harmonisent bien avec le fonctionnement de la résidence.

Tout à fait en désaccord 1 2 3 4 Tout à fait en accord

5. Je prends plaisir à participer aux activités de la résidence.

Tout à fait en désaccord 1 2 3 4 Tout à fait en accord

6. J'ai moins le goût de vivre qu'avant mon arrivée à la résidence.

Tout à fait en désaccord 1 2 3 4 Tout à fait en accord

7. J'ai un bon contact avec les personnes qui travaillent à la résidence.

Tout à fait en désaccord 1 2 3 4 Tout à fait en accord

8. Vivre à la résidence ne me permet pas de prendre assez de décisions.

Tout à fait en désaccord 1 2 3 4 Tout à fait en accord

9. Je suis respecté(e) et valorisé(e) à la résidence.

Tout à fait en désaccord 1 2 3 4 Tout à fait en accord

10. Cette période que je vis à la résidence est un moment agréable de mon existence.

Tout à fait en désaccord 1 2 3 4 Tout à fait en accord

11. Vivre à la résidence nuit à ma liberté d'action.

Tout à fait en désaccord 1 2 3 4 Tout à fait en accord

12. Je prends plaisir à participer à des activités en compagnie d'autres résidants.

Tout à fait en désaccord 1 2 3 4 Tout à fait en accord

13. Je parle de façon positive de mes expériences à la résidence.

Tout à fait en désaccord 1 2 3 4 Tout à fait en accord

14. Vivre à la résidence exige que je prenne trop de décisions.

Tout à fait en désaccord 1 2 3 4 Tout à fait en accord

15. Nous nous entraînons à la résidence.

Tout à fait en désaccord 1 2 3 4 Tout à fait en accord

16. J'entretiens de véritables relations d'amitié avec d'autres résidants.

Tout à fait en désaccord 1 2 3 4 Tout à fait en accord

17. J'ai encore beaucoup d'expériences intéressantes à vivre à la résidence.

Tout à fait en désaccord 1 2 3 4 Tout à fait en accord

The Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) Scoring

Les questions suivantes portent sur comment vous vous êtes senti au cours du dernier mois.

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti ?	Jamais 0	Rarement 1	Quelquefois 2	Souvent 3	La plupart du temps 4	Tout le temps 5
1. que votre vie à un but ou une signification						
2. satisfait à l'égard de votre vie						
3. que vous étiez bon pour gérer les responsabilités de votre quotidien						
4. heureux						
5. que les gens sont fondamentalement bon						
6. que vous aviez quelque chose d'important à apporter à la société						
7. capable de penser ou d'exprimer vous propres idées et opinions						
8. intéressé par la vie						
9. que notre société devient un meilleur endroit pour les gens comme vous						
10. que le fonctionnement de la société a du sens pour vous						
11. que vous aviez des relations chaleureuses et fondées sur la confiance avec d'autres personnes						
12. que vous aviez un sentiment d'appartenance à une collectivité (comme un groupe social, votre quartier, votre ville, votre école)						
13. que vous viviez des expériences qui vous poussent à grandir et à devenir une meilleure personne.						
14. que vous aimiez la plupart des facettes de votre personnalité						

Echelle QSSP – (Sarazon ; adaptation Bruchon-Schweitzer et al., 2001)

1. Y a-t-il actuellement dans votre entourage des personnes qui peuvent, lorsque vous en avez besoin vous réconforter et vous écouter ?

	Famille	Amis	Résidents	Soignants
Combien ? (indiquez un chiffre pour chaque groupe) ?				
En êtes-vous satisfait ? (indiquez un chiffre de 1 à 5 ; de pas du tout satisfait, à tout à fait satisfait pour chaque groupe).				

2. Y a-t-il actuellement dans votre entourage des personnes qui peuvent, lorsque vous en avez besoin s’occuper de vous et vous aider matériellement ?

	Famille	Amis	Résidents	Soignants
Combien ? (indiquez un chiffre pour chaque groupe) ?				
En êtes-vous satisfait ? (indiquez un chiffre de 1 à 5 ; de pas du tout satisfait à tout à fait satisfait pour chaque groupe).				

3. Y a-t-il actuellement dans votre entourage des personnes qui peuvent, lorsque vous en avez besoin, vous donner des conseils, des informations, des suggestions ?

	Famille	Amis	Résidents	Soignants
Combien ? (indiquez un chiffre pour chaque groupe) ?				
En êtes-vous satisfait ? (indiquez un chiffre de 1 à 5 ; de pas du tout satisfait à tout à fait satisfait pour chaque groupe).				

4. Y a-t-il actuellement dans votre entourage des personnes qui peuvent, lorsque vous en avez besoin, vous redonner confiance en vous-même ?

	Famille	Amis	Résidents	Soignants
Combien ? (indiquez un chiffre pour chaque groupe) ?				
En êtes-vous satisfait ? (indiquez un chiffre de 1 à 5 ; de pas du tout satisfait à tout à fait satisfait pour chaque groupe).				

Echelle EMPA (Echelle de motivation pour les personnes âgées)

À l'aide de l'échelle ci-dessous, indiquez dans quelle mesure chacun des énoncés suivants correspond aux raisons pour lesquelles vous faites les activités suivantes.

ACTIVITÉS RELIÉES AUX LOISIRS

En général pourquoi avez-vous des loisirs ?

	Pas du Tout	Un peu	Moyenne- ment	Beaucoup	Exactement	
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	7
2. Je ne sais pas ; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	7

Pourquoi avez-vous des loisirs de groupe (avec une autre personne ou plus) ?

	Pas du Tout	Un peu	Moyenne- ment	Beaucoup	Exactement	
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	7
2. Je ne sais pas ; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	7

Pourquoi avez-vous des loisirs personnels (seul(e)) ?

	Pas du Tout	Un peu	Moyenne- ment	Beaucoup	Exactement	
1. Parce que je choisis moi-même de le faire pour mon bien.	1	2	3	4	5	7
2. Je ne sais pas ; je ne vois pas ce que ça peut me donner.	1	2	3	4	5	7
3. Parce que c'est ce que je suis supposé faire.	1	2	3	4	5	7
4. Pour le plaisir de les faire.	1	2	3	4	5	7

Annexe 9 : Grille d'observation

Date :

N° : Durée :

Observation générale :

Sujet 1		Tour 1	Tour 2	Tour 3	Tour 4
Questions	Rose / Emotion				
	Jaune / Imaginaire				
	Bleue /Récit de vie				
	Verte / Valeur				
Comportement verbal (Cohérent, Inventif, Hésitant, Riche, Logorrhéique ...)					
Comportement non verbal					
Emotion + (Détendu, Souriant,...)					
Emotion – (Anxieux, Nerveux, En retrait, Refus, Agressif, Tristesse...)					
Interactions (Groupe, avec l'intervenant,...)					
Mesure EVA Bien-être	Avant atelier =		Après atelier		