



## Mémoire

« L'intérêt d'un média basé sur le principe de la thérapie narrative chez des personnes âgées en EHPAD, présentant des difficultés psychologiques »

Julie PECHAUBES, Mélissa JULIA

Etudiantes de Master 2 en psychologie

Travail réalisé sous la direction de Mme C.V Cuervo-Lombard

Année 2015-2016

## **Remerciements**

En premier lieu, nous tenons à remercier Mme Cuervo-Lombard pour sa disponibilité, son écoute, son soutien, ses précieux conseils et son investissement dans le suivi de ce mémoire.

Nous adressons tous nos remerciements aux Directrices/Directeurs d'EHPAD qui nous ont pris en stage et accepté que nous menions notre recherche au sein de leur établissement.

Nous remercions tout particulièrement les psychologues des institutions, Mlle Eva Stricher et Mme Maud Boin Descat pour leur investissement dans le suivi de notre stage et de notre recherche. L'ensemble des échanges a été très enrichissant et le partage d'informations aura été essentiel à la rédaction de ce mémoire.

Nous remercions chaleureusement toutes les résidentes des établissements qui ont accepté de consacrer du temps à notre protocole de recherche. Nous leur adressons tous nos remerciements pour leur accueil, leur sympathie et leur implication.

Enfin, nous aimerions remercier les personnes qui ont contribué, par leurs réflexions, leurs encouragements, leurs soutiens et leurs bienveillances, à l'élaboration de ce travail.

## SOMMAIRE

Résumé .....	1
Introduction .....	2
Partie Théorique .....	3
1. Le moment de la vieillesse .....	3
2. L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ..	6
3. Des difficultés psychologiques de la personne âgée en institution .....	7
3.2) <i>L'anxiété</i> .....	8
3.3) <i>L'estime de soi</i> .....	9
3.4) <i>L'alexithymie</i> .....	11
4. La narration dans la thérapie .....	12
4.1) <i>Approche narrative et thérapie narrative</i> .....	12
4.2) <i>Identité dans la narration et récits de vie</i> .....	13
4.3) <i>La narration dans le groupe</i> .....	14
4.4) <i>Quels effets sur le bien-être psychologique ?</i> .....	15
5. Problématique .....	16
6. Hypothèses de l'étude.....	16
Partie méthodologie.....	17
1. Cadre de la recherche .....	17
1.1) <i>Participants</i> .....	17
1.2) <i>Procédure</i> .....	20
2. Les outils de mesures (cf. Annexe 1) .....	20
2.1) <i>Les données sociodémographiques</i> .....	20
2.2) <i>L'échelle d'estime de soi : EES (Rosenberg, 1965)</i> .....	20
2.3) <i>Le « State Trait Inventory Anxiety » : STAI-Y (Spielberger, 1973)</i> .....	21
2.4) <i>Échelle gériatrique de dépression : GDS (Yesavage et al, 1982)</i> .....	22
2.5) <i>Questionnaire TAS-20 : Toronto Alexithymia Scale</i> .....	22
2.6) <i>Grille d'observation</i> .....	23
3. Présentation du média : « Le jeu des récits de vie » .....	24

Résultats .....	26
1. Statistiques descriptives.....	26
1.1) <i>Caractéristiques de la population</i> .....	26
1.2) <i>MMSE</i> .....	26
1.3) <i>Échelle d'estime de soi : EES</i> .....	26
1.4) <i>Questionnaire d'anxiété : STAI-Y</i> .....	27
1.5) <i>Échelle gériatrique de dépression : GDS</i> .....	28
1.6) <i>Questionnaire d'Alexithymie : TAS-20</i> .....	28
2. Statistiques inférentielles .....	30
2.1) <i>Les corrélations</i> .....	30
2.2) <i>Le t-test à échantillon apparié</i> .....	30
3. Analyse qualitative des séances.....	31
Discussion .....	37
Conclusion.....	42
Bibliographie.....	43
ANNEXES .....	47

## **Résumé**

**Objectif** : La présente étude a pour but d'exposer l'impact d'un média « Jeu des récits et des vies », basé sur le principe de la thérapie narrative, sur le bien-être psychologique des personnes âgées en EHPAD.

**Méthode** : L'étude a été menée sur un échantillon de 9 participantes et s'est étalée sur 8 séances à raison d'une séance par semaine. Chaque sujet a été invité à répondre à un protocole de recherche avant et après l'utilisation du média. Le questionnaire comprend une évaluation du niveau de dépression (GDS), d'anxiété (STAI-Y), d'estime de soi (EES) et d'alexithymie (TAS-20). Une analyse statistique composée de t-test à échantillons appariés et de corrélations a été réalisée. Aussi, une analyse qualitative a été effectuée par le biais d'une grille d'observation.

**Résultats** : De façon globale, nos résultats montrent une amélioration globale du bien-être des participantes à l'issue des séances.

**Mots clefs**: thérapie narrative, dépression, anxiété, estime de soi, alexithymie, personnes âgées.

## **Introduction**

L'avancée en âge va de pair avec toute une série de modifications aussi bien sur le plan physique, psychologique que social mettant à l'épreuve les capacités d'adaptation de chacun. Lorsque la dépendance physique entraîne de trop grandes difficultés dans la vie quotidienne, un changement de vie peut s'opérer notamment par le biais d'une entrée en institution. La corrélation de ces deux facteurs accentue le risque pour le sujet âgé de rencontrer des difficultés psychologiques telles que des troubles dépressifs, des troubles anxieux, une mésestime de soi-même ainsi qu'une difficulté à exprimer ses émotions. Afin d'apporter des éléments d'actions concernant ces problématiques, notre étude propose de tester l'efficacité d'un média construit à partir de la thérapie narrative. A travers diverses séances groupales construites autour du « jeu des récits et des vies » nous avons tenté d'agir sur ce bien-être psychologique parfois mis à mal par l'entrée dans le grand âge, par la vie en institution ou encore par des événements de vie difficiles à surmonter. Parallèlement nous nous intéresserons à la fonction du groupe dans l'amélioration de ce bien-être. Nous nous demandons alors si "se raconter" à travers un support préétabli et au sein d'un groupe d'appartenance aura un effet positif sur les problématiques rencontrées par les personnes âgées.

Dans la première partie, les données de la littérature présenteront les différents concepts fondamentaux de notre étude. Ainsi, après avoir défini la notion de vieillissement, nous nous intéresserons à l'impact de l'entrée en institution sur le plan psychique. Nous parlerons des répercussions sur le bien-être psychologique des personnes âgées institutionnalisées en développant le concept de dépression, d'anxiété, d'estime de soi et d'alexithymie. Enfin, nous définirons les différents aspects de la thérapie narrative afin de faire le lien avec les bienfaits potentiels de cette dernière. La méthodologie utilisée dans cette étude sera exposée dans une seconde partie. Ainsi, nous exposerons le cadre de la recherche puis, nous développerons le matériel utilisé pour le recueil des données. Enfin, nous exposerons le support basé sur la thérapie narrative: "Le jeu des récits et des vies". Dans une troisième partie, nous ferons part des résultats de notre étude mis en évidence par l'analyse statistique du bien-être psychologique ainsi que l'analyse qualitative du déroulé des séances. Pour terminer, la partie discussion nous permettra de faire un point sur la validation de nos hypothèses et de faire le lien avec les études existantes dans la littérature. Nous exposerons les intérêts et les limites de l'étude et nous nous questionnerons sur l'utilité d'application du média au sein d'une pratique psychologique.

## **Partie Théorique**

### **1. Le moment de la vieillesse**

La vieillesse fait partie de l'âge adulte. Elle est définie comme « la dernière période de la vie normale, caractérisée par un ralentissement des fonctions » (Larousse, 2003). Le vieillissement est un processus d'évolution et de changement, un stade du développement humain au même titre que l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte (Le Gouès, 2001). C'est en ce sens qu'il est primordial de détacher le concept de vieillesse à celui de vieillissement. De nos jours, la vieillesse fait peur, elle représente la fin de la vie et est synonyme de dépendance, de perte d'autonomie, de poly pathologies et de mort. Le sujet âgé doit faire face à ces représentations ce qui peut entraîner plusieurs conséquences telles que, la survenue d'une dépression, de l'anxiété et une baisse de l'estime de soi souvent corrélées à un sentiment d'inutilité. En effet, la vieillesse va à l'encontre des idéaux sociaux qui prônent la santé, la beauté et le dynamisme.

Le moment de la vieillesse est une période de la vie où gains et pertes sont très étroitement intriqués. La personne âgée est confrontée à des changements physiques, psychologiques et sociaux. La réduction fonctionnelle est très variable d'un organe à l'autre mais aussi d'un individu à l'autre. D'une part, nous allons observer une modification des organes des sens, avec le vieillissement oculaire (en moyenne vers 40-50 ans), le vieillissement auditif (en moyenne vers 50-60 ans) et le déclin de l'odorat qui va avoir des répercussions sur le goût (en moyenne 40-50 ans). D'autre part, un remaniement du système nerveux va s'opérer avec une modification de la soif, liée à la sensation de chaud ainsi que des changements au niveau du cerveau (perte neuronale, atteinte des différents lobes...). Malgré tout, le cerveau conserve une plasticité cérébrale importante, en effet, il a été montré que les personnes victimes d'accident vasculaire cérébral pouvaient compenser les pertes avec l'activation d'autres parties du cerveau. Par ailleurs, avec l'avancée en âge, des modifications des capacités respiratoires, de l'appareil locomoteur, de l'ossature, de la masse musculaire et des organes sexuels vont apparaître, entraînant des changements dans la vie quotidienne (adaptation de l'environnement, ajustement des activités...). Au niveau cognitif, nous allons observer une diminution de la vitesse de traitement de l'information ainsi qu'une baisse des capacités attentionnelles. Certains systèmes de mémoire vont être affectés par le vieillissement, comme la mémoire de travail qui permet de stocker une information de manière temporaire au vu de la réalisation d'une tâche (Giffard, Desgranges, Eustache, 2001).

Concernant la mémoire à long terme, le vieillissement va affecter la mémoire épisodique permettant d'enregistrer des épisodes dans un contexte spatio-temporel particulier (Collette et Salmon, 2014). Le processus d'encodage et de récupération sont principalement perturbés donnant lieu à des plaintes mnésiques de la part des personnes âgées. A contrario, la mémoire sémantique, comprenant l'ensemble des connaissances conceptuelles nécessaires à la compréhension du monde environnant, est globalement préservée (Giffard, Desgranges, Eustache, 2001). La mémoire à court terme, subit également peu de modification avec l'avancée en âge (Brouillet et Syssau, 1997) de même que la mémoire procédurale, intervenant lors de l'apprentissage et la réalisation d'une action, comme par exemple faire du piano (Giffard, Desgranges, Eustache, 2001). Enfin, les changements physiques vont principalement se faire au niveau de la peau qui devient plus élastique provoquant l'apparition de rides et au niveau de la pilosité avec une perte des cheveux, un changement de couleur et les poils qui deviennent plus durs. Parfois, les difficultés induites par les divers changements peuvent amener un sentiment de perte de contrôle et provoquer des troubles dépressifs ou anxieux, conduisant à des troubles apathiques ou de démotivation. De plus, ces modifications peuvent engendrer une véritable crise identitaire, impliquant des remaniements chez le sujet dans sa façon de penser, dans sa façon d'être, permettant de remodeler cette image du corps changée. Les stéréotypes véhiculés par la société sur les personnes âgées ne vont pas être sans conséquence sur les âgés eux-mêmes et sur leur comportement. Une étude de Marcia, Chapuis-Lucciani et Boëtsch (2007) rapporte que les sujets âgés qui ont connaissance des stéréotypes négatifs à leur égard sont ceux qui ont les niveaux d'estime de soi les plus faibles. Ces croyances peuvent aller jusqu'à modifier leur comportement et même leur état de santé.

De nombreux facteurs vont modifier le processus normal du vieillissement, notamment tous les événements, toutes les étapes de la vie. Les troubles du sujet âgé présentent des spécificités cliniques et évolutives, qu'il s'agisse de symptomatologies de survenues tardives ou de pathologies dites « vieilles ». D'après l'article de Cohen, Desmidt, et Limosin (2014), les études menées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les troubles mentaux constituent l'une des premières causes de morbidité chez le sujet âgé et représentent les trois cinquièmes des sources d'incapacité liées au vieillissement. Selon le questionnaire de 2006 de l'étude de la Direction de la recherche, des études, et de l'évaluation et des statistiques (DREES) réalisé sur une population de personnes âgées vivant en Établissement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), 85 % des résidents présenteraient une affection psychiatrique ou neurologique. De même, le volet « pathologies et morbidité » de l'enquête de 2008 (outil PATHOS) a permis d'évaluer la fréquence des

troubles psychiatriques et psycho-comportementaux rencontrés en EHPAD qui sont les syndromes démentiels, les syndromes dépressifs et les états anxieux.

La perte d'autonomie et l'entrée dans la dépendance vont venir désorganiser le quotidien de la personne âgée nécessitant souvent une aide pour les actes de la vie quotidienne. Plusieurs solutions vont alors être envisagées. La première alternative est de continuer à vivre au domicile et d'avoir recours aux services d'aides à la personne. Une enquête montre que le lieu privilégié est le domicile, en 2003; 95,9% des personnes âgées de plus de 60 ans vivaient à leur domicile (Joël, 2003). La deuxième alternative est d'intégrer un établissement pour personnes âgées, et le choix va se faire en fonction des besoins quotidiens en soin de la personne. Les logements foyers vont correspondre aux personnes âgées autonomes ayant besoin d'une aide ponctuelle. Les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) vont prendre en charge la personne dans sa totalité (repas, soins, activités...). Enfin, les unités de soins de longue durée (USLD) sont les structures les plus médicalisées permettant d'accueillir les personnes âgées les plus dépendantes. Lorsque l'entrée en institution est envisagée, l'EHPAD est le lieu privilégié parmi les trois structures, il possède le plus grand nombre de places en totalisant 69% de la capacité d'accueil de l'ensemble des établissements (Prévot, 2012). Selon les résultats de la DRESS (Volant, 2014), l'âge d'entrée en institution est de plus en plus tardive (84 ans et 5 mois) et l'âge moyen des résidents progresse de 10 mois depuis 2007 et a atteint 85 ans.

## **2. L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**

L'entrée en institution peut se décider en raison d'une dégradation de la santé physique et/ou mentale ne pouvant plus être pris en charge à domicile. L'entrée sera plus ou moins difficile à accepter en fonction du caractère soudain et de la participation à la décision. Une étude démontre que 74% des personnes âgées se disent satisfaites de leur situation lorsqu'elles ont participé à la décision de l'entrée, moins de 60% lorsqu'elles ont « accepté » leur situation et seulement 37% lorsque leur famille a décidé (Mantovani, Rolland et Andrieu, 2008). Dans tous les cas, la vie en institution va demander à la personne âgée des capacités d'adaptation afin de faire face à la perte de la vie antérieure et à la nouvelle organisation qui comprend des horaires spécifiques et un règlement intérieur à respecter.

Les EHPAD sont souvent associés dans les esprits à la notion d'hospice, à des lieux de privation de libertés où l'on attend la mort à l'écart de la société (Dorange, 2005). Cette vision va constituer un premier impact sur la personne âgée qui risque de développer une anxiété et/ou dépression à la simple idée d'être confronté à cet univers. En institution, la part accordée au choix est limitée et c'est la personne âgée qui va devoir modifier ses habitudes quotidiennes afin de s'adapter aux activités, aux repas et à la gestion du temps qui est prédéterminée. Aussi, le fait de s'occuper d'une personne âgée dépendante peut parfois faire perdre de vue le fait que cette dernière est capable d'exprimer et de décider ce qu'elle souhaite pour elle-même. Ainsi, il peut arriver que les envies de la personne ne soient pas prises en considération avec l'idée que le personnel soignant sait mieux ce qui est bien pour elle (Debacq, 2009). Ce mode de pensée peut amener la personne à se mettre en retrait et impacter son estime de soi, voire induire une dépression avec des pensées du type « je ne suis plus capable de... ».

De nos jours, les personnes âgées qui entrent en institution ont rarement déménagé et ont souvent investi leur domicile comme une part entière de leur identité. De ce fait, le changement de lieux peut être vécu comme un déracinement, une rupture (Alphilippe, Fontaine et Personne, 2013). De plus, la vie en EHPAD va confronter la personne âgée à la cohabitation et notamment à la vision de l'autre pouvant être soit le reflet de sa propre dépendance, soit la projection d'un futur proche possible. Cela peut générer une anxiété chez la personne âgée qui va craindre pour son avenir. Ainsi, de par son caractère décisionnaire de la vie quotidienne, du soin et de la vie en collectivité, le milieu institutionnel peut exposer la personne âgée à un syndrome dépressif et/ou anxieux et altérer l'estime de soi.

### **3. Des difficultés psychologiques de la personne âgée en institution**

Le bien-être subjectif est composé de plusieurs indicateurs : réalisation de soi, vitalité, estime de soi, anxiété, dépression, satisfaction de vie, symptômes physiques (Galand, Boudrenghien et Rose 2012). Nous avons vu dans la partie précédente que l'avancé en âge et l'entrée en institution pouvaient altérer ce bien-être en impactant l'estime de soi et en favorisant l'apparition de dépression et/ou d'anxiété. De ce fait, nous allons développer ces différents concepts ainsi que le concept d'alexithymie qui peut constituer un frein à l'expression de soi.

#### **3.1) La dépression**

La dépression est un trouble de l'humeur caractérisé par un sentiment de découragement, de culpabilité, de tristesse, d'impuissance et de désespoir. Elle s'inscrit dans la durée et s'accompagne d'un ensemble de symptômes comme les troubles du sommeil, une perte d'estime de soi, et l'élan vital, de l'appétit et d'un retrait social. Pour Beck (1979), le fonctionnement psychique d'un dépressif se caractérise par une « triade cognitive » c'est à dire un ensemble de pensées dysfonctionnelles caractérisées par une vision négative de soi, du monde et de l'avenir.

La dépression chez la personne âgée est souvent sous-diagnostiquée et en partie banalisée, par conséquent, elle est généralement sous-traitée. Pour autant, elle représente un risque important de passage à l'acte suicidaire et d'apparitions de maladies chroniques (Rigaud et al., 2005). Les causes d'apparitions d'un syndrome dépressif chez la personne âgée sont multiples. On retrouve le plus souvent la pauvreté des échanges affectifs, la solitude, le vécu du rejet des autres, l'isolement ou la désafférentation qui vont se joindre à d'autres facteurs de vie (Thomas et Hazif-Thomas, 2008). La dépression est une affection fréquente chez le sujet âgé : 15 à 30 % des patients âgés consultant en médecine générale présentent un état dépressif, souvent associé à des troubles anxieux ; 20 % des patients âgés hospitalisés seraient déprimés. Bien que la dépression soit indépendante de l'âge, il existe chez le sujet âgé des facteurs propres au vieillissement qui interfèrent dans ce diagnostic comme l'importance des plaintes somatiques, les troubles cognitifs ainsi que les troubles anxieux. Ainsi, dépression et agitation anxieuse peuvent être étroitement liées et le diagnostic peut parfois être difficile à établir et nécessite une approche clinique rigoureuse (Frémont, 2004).

Il est important de souligner que la dépression ne constitue pas une étape « normale » du vieillissement, cependant, nous savons qu'il existe un état dépressif réactionnel à l'entrée en institution. Chez les sujets en institution, les chercheurs identifient un taux de prévalence de 40%, tous types de dépressions confondues (Lôo et Gallarda, 2000). D'après eux, les facteurs dépressiogènes en institution sont l'absence de visites, l'infantilisation par le personnel soignant, le défaut de prise en compte des individualités et des parcours de vie, la qualité médiocre des prestations hôtelières, la promiscuité voire le mauvais traitement. La dépression est un facteur d'aggravation de l'état des personnes accueillies en institution. Dépression, anxiété, idéations suicidaires sont fréquentes en institution et peu prises en compte (Kuhnel, Iraki, Tranchant, Aspe, 2010).

### 3.2) L'anxiété

L'anxiété est un affect caractérisé par un sentiment de danger imminent, une appréhension de quelque chose d'indéfini ou d'inconnu, l'attitude d'attente devant ce danger et le désarroi face à ce danger. Une étude menée à l'université de Grenade a permis de distinguer deux types d'anxiété. Nous distinguons, d'une part, l'anxiété état qui est « une réaction émotionnelle suscitée ponctuellement comme réponse à une situation ou un contexte stressant; et, en tant que telle, est de nature plus immédiate et de moindre durée ». D'autre part, l'anxiété trait correspond à « un type de personnalité tendant à l'inquiétude et au trouble persistant » (Lepine, Lellouch, Lovell, Teherani, Pariente, 1994).

Si les études de la littérature n'ont pas relevé de différence significative entre la prévalence de l'anxiété dans la population générale et chez le sujet âgé, nous relevons que les manifestations de cette dernière peuvent être modifiées avec l'âge. En effet, la sémiologie est souvent marquée par des symptômes et plaintes somatiques et les thématiques semblent spécifiques à l'âge : peur de la mort et de la maladie, phobies dans les déplacements du fait de la peur de tomber... Ces particularités vont nécessiter une approche clinique et thérapeutique adaptée à la population âgée avec notamment un ajustement des doses d'anxiolytique (Rangaraj et Pelissolo, 2006). Beekmann (2000) a démontré dans une étude l'existence d'une comorbidité des troubles dépressifs et anxieux et a souligné l'importance d'inclure des données portant sur l'anxiété lorsqu'on étudie la dépression. Différents facteurs de stress ont été identifiés et vont certainement impacter le niveau d'anxiété. Parmi ces facteurs, nous relevons le fait de vivre avec une maladie grave curable ou incurable, s'occuper d'un conjoint

atteint d'une maladie neurodégénérative, l'échec d'un projet qui aurait été fortement investi, le poids d'une solitude nouvelle avec laquelle il faut composer... (Thomas et Hazif-Thomas, 2008).

Dans la situation d'une entrée en EHPAD, qui est un lieu étranger pour la personne, nous pouvons dire que l'anxiété est une émotion utile car elle est adaptative. Cependant, si cette anxiété perdure et devient plus intense, elle peut nuire à l'investissement de l'environnement et se chroniciser. Nous savons que l'institution majore les états dépressifs et que cette majoration est conjointe avec celle de l'état anxieux (Trouillet et Gély-Nargeot, 2009). L'étude nous révèle que cette augmentation de l'anxiété ne concerne que sa dimension « état ». Aussi, les auteurs observent une corrélation entre l'élévation du niveau de dépression et d'anxiété « état » et le fait de présenter un haut niveau d'anxiété « trait ». De ce fait, la présence de dépression et d'anxiété serait le résultat d'une interaction entre ce nouveau lieu de vie et la personnalité du sujet âgé. Cependant, une autre caractéristique sensible à l'âge et au milieu institutionnel va nuire au bien-être de l'individu qui n'est autre que l'estime de soi.

### 3.3) L'estime de soi

L'estime de soi se définit comme une attitude évaluative, négative ou positive, à l'égard de soi (Rosenberg, 1965). Ainsi, une faible estime de soi va amener la personne à se dévaloriser et à déprécier ses compétences, son apparence physique et ses capacités relationnelles (Alaphilippe, 2008).

L'estime de soi est considérée comme un moyen d'évaluer la santé psychologique de l'individu. Selon Macia, Chapuis-Lucciani et Boëtsch (2007), l'estime de soi est fortement et négativement corrélée à l'anxiété et à la dépression. Cette étude nous permet de relever que les femmes, les personnes vivant en institution et les personnes dépendantes sont une population sensible à une faible estime de soi. Aussi, Coopersmith (1984, cité par Boudreault et Lutumba Ntetu, 2006) soutient que l'estime de soi est étroitement liée à l'anxiété. Il affirme que si l'anxiété est provoquée par une menace, c'est l'estime de soi qui se trouve menacée et que les personnes âgées forment un groupe d'individus dont l'estime de soi est la plus susceptible d'être menacée. Pepin en 1996 (cité par Boudreault et Lutumba Ntetu, 2006), rapporte que lors d'un épisode de maladie, de deuil ou de différentes pertes qui affectent une personne âgée, on peut observer une diminution de son estime de soi. Il arrivera également que quand la personne se retrouve en perte d'autonomie, elle se sentira inutile, incompétente et

également dévalorisée. Chez l'adulte âgé, une bonne estime de soi correspond à un fonctionnement satisfaisant des ajustements adaptatifs face aux événements de vie (Alaphilippe, 2008).

Le logement est le reflet de ce que l'on est, de notre histoire, de ce que l'on a accumulé mais aussi de l'image que l'on veut donner aux autres. Le domicile va aussi permettre de maintenir une image et une estime de soi positives (Djaoui, 2011). Une personne âgée dépendante vivant en institution va perdre son emprise sur l'environnement qui l'entoure ce qui risque de provoquer une douleur morale et retentir sur l'estime de soi. Une faible estime de soi va altérer l'engagement dans les actes de la vie ainsi que la capacité à traverser des difficultés. Cela va favoriser le retrait social et l'apparition de la dépression (Thomas et Hazif-Thomas, 2008). La capacité à faire des choix va être un élément favorisant l'estime de soi, en effet, il semble primordial de pouvoir garder un contrôle sur sa vie, afin de conserver une estime de soi acceptable. Ainsi, l'institution est par définition un facteur de risque de la baisse de l'estime de soi de par son caractère rigide et prédéterminé. Le paradoxe de l'institution va se trouver dans le fait que la personne âgée a théoriquement le choix de participer ou non à la routine institutionnelle, mais l'institution va faire en sorte d'amener la personne à décider de faire ce qui est acceptable pour l'organisation de l'institution (Marchand, Halimi-Falkowicz et Joule, 2009). Aussi, l'EHPAD va d'une part confronter la personne âgée à la vision de « l'Autre » qui peut se trouver diminué physiquement et/ou cognitivement. Cette exposition peut être source d'anxiété et mettre à mal sa propre vision de soi par miroir ou anticipation du futur. D'autre part, le regard de « l'Autre » parfois jugeant peut impacter directement le sentiment de valeur personnelle.

Nous avons pu voir que le milieu institutionnel pouvait impacter sur le niveau de dépression, d'anxiété et d'estime de soi. Nous allons maintenant développer un aspect plus personnel pouvant également jouer un rôle important : l'alexithymie.

### 3.4) L'alexithymie

Selon l'article de G. Loas (2010), l'alexithymie correspond à « l'incapacité à exprimer ses émotions ou sentiments par des mots ». Il précise cette définition de façon opérationnelle en mettant en avant quatre caractéristiques telles que la difficulté à identifier et distinguer les états émotionnels, les difficultés à verbaliser ses états émotionnels à autrui, l'existence d'une vie fantasmatique réduite et un mode de pensée tourné vers l'extérieur traduisant une pensée opératoire. D'après son étude, la prévalence de l'alexithymie dans une population générale varie entre 17 et 23% lorsqu'on utilise comme instrument de mesure les échelles de Toronto (TAS). De plus, il n'existe pas de différence selon le sexe, l'âge ou le niveau socio-économique. Plus spécifiquement, il relève un lien important avec la dépression puisque il observe une prévalence concernant l'alexithymie de plus de 50% chez les sujets déprimés. Outre la dépression, des taux d'alexithymie élevés ont également été relevés dans les troubles anxieux. Cependant, nous pouvons nous demander si l'alexithymie est un facteur favorisant l'apparition du trouble ou une conséquence de la maladie? Une étude menée auprès de 309 sujets nous montre que « la propension à éprouver des émotions négatives ainsi que la difficulté à expérimenter des émotions positives constituent des facteurs de vulnérabilité face aux symptômes somatiques ». Les auteurs évoquent deux perspectives. La première perçoit le fonctionnement alexithymique comme associé à une expérience dépressive amenant à l'expression somatique. En ce sens, il s'agirait d'une combinaison de trait de personnalité qui par leur interférence amènerait à une souffrance. La seconde envisage l'alexithymie comme un mécanisme adaptatif vis à vis de la propension à vivre des affects négatifs. De ce fait, l'échec de ce fonctionnement conduirait à éprouver les affects sur un versant dépressif (Bréjard, Bonnet et Pardinielli, 2011).

Dressaire et Brouillet, en 2006 ont montré que plus les personnes âgées vivent en institution, et plus elles éprouvent des difficultés à d'identifier leurs émotions, et à les verbaliser à autrui. Elles s'attachent davantage aux aspects concrets de la vie quotidienne, comme si l'institution ne laissait plus de place à l'imaginaire. Ainsi il apparaît que les personnes âgées en institution présentent des difficultés à exprimer leurs affects, cette difficulté émotionnelle pouvant parfois aller jusqu'à un « enfermement ». D'après l'article de C. Hauwel-Fantini, J.-L. Pardinielli (2008), il existe un lien entre l'anxiété trait et l'alexithymie. Les auteurs mettent en évidence que l'existence d'une alexithymie impacterait sur le niveau de plusieurs troubles, notamment sur celui de l'anxiété trait. En effet, une corrélation positive est relevée entre l'intensité de l'alexithymie et l'anxiété trait.

Nous avons vu que l'alexithymie est fortement corrélée à la dépression et à l'anxiété, nous pouvons nous demander si la difficulté à exprimer ses émotions peut être en lien avec une mésestime de soi ? Aussi, nous nous questionnons sur une méthode d'intervention en institution qui pourrait favoriser le bien-être des personnes âgées souffrant de ces différents troubles.

#### **4. La narration dans la thérapie**

##### *4.1) Approche narrative et thérapie narrative*

L'approche narrative de Michael White et David Epsen (2003) considère que « l'identité de l'individu est construite par ses relations et les histoires racontées à son propos ». Elle propose une déconstruction des relations de pouvoir dans lesquelles l'individu se sent isolé et enfermé face à son problème, puis la reconstruction d'histoires alternatives dans lesquelles les individus retrouvent une relation avec leurs rêves et leurs aspirations. Les auteurs aspiraient à développer une approche thérapeutique reconnaissant la vie de chaque personne comme une histoire en progression pouvant être considérée selon de nombreuses perspectives et pouvant avoir de multiples résultats. Michael White et David Epsen décrivent dans « Narratives Means to Therapeutic Ends » en 1990 les objectifs de la thérapie narrative et énoncent les principes suivants : « Le client décrit le problème (son scénario dominant), il est ensuite encouragé à adopter d'autres perspectives à travers la déconstruction des récits actuels, enfin, le thérapeute aide le client à créer des récits plus utiles et plus satisfaisants ». Ainsi, l'important n'est pas de se centrer sur le problème mais d'analyser et d'agir sur les histoires qui maintiennent le problème. Le but est alors de construire de nouvelles histoires qui vont ouvrir la vision du sujet sur d'autres perspectives de vie (Mori et Rouan 2011).

Pour Roy (2004), il existe 3 concepts-clefs qui sont l'extériorisation, la déconstruction et la reconstruction. Le thérapeute utilise donc le langage pour déconstruire les discours « incapacitants » de l'individu afin de permettre l'élaboration d'une histoire plus riche et ainsi d'amener la personne à puiser dans des « versions alternatives ». L'extériorisation a pour but d'amener l'individu à se dissocier de son problème en l'objectivant. Ainsi, plutôt que de se questionner sur une personne dépressive ou anxieuse, on se positionne davantage sur la dépression et l'anxiété. La personne dissocie alors son identité de cette vision « fermée » et retrouve une autonomie pour construire une autre histoire selon ses préférences personnelles. La reconstruction signifie que plus la personne élabore une histoire riche et plus cette histoire

acquiert une valeur de réalité pour elle ce qui lui permettra de guider ses actions et comportements futurs. Le thérapeute va ensuite guider l'individu dans l'élaboration de cette histoire tout en s'assurant que la personne demeure pleinement l'auteur de sa propre histoire.

En 2010, Betbeze reprend les travaux de White et relève que notre identité est modulée par les histoires que nous racontons et que les autres racontent sur nous. Dans l'histoire, l'expérience et la signification sont étroitement liées, les interprétations qui donnent du sens à notre vie émergent dans un contexte donné, certains récits étant valorisés et d'autres dévalués. Les significations constituent la ligne directrice à partir de laquelle nous façonnons notre vie.

#### 4.2) Identité dans la narration et récits de vie

Le récit de vie produit une identité narrative dans le sens où le sujet, en racontant sa vie s'apprend et se construit en même temps. Un récit de vie construit et rend explicite un système de représentations, un ensemble de valeurs, le sens d'une vie (Ricoeur, 1983-1985, cité par Coopman et Janssen, 2010). En ce sens, le récit de vie est plus qu'une description, il est une explication. La personne raconte l'histoire ou des parties d'histoire de sa vie et à travers une tentative de liaison d'éléments divers, en élaborant un récit (Coopman et Janssen, 2010). Pour White (2009), le récit s'élabore à partir du point de vue que possède la personne sur sa propre vie. Ainsi, le récit devient une histoire et c'est le sujet lui-même qui en est l'auteur. Cette histoire va alors définir l'identité du narrateur mais cette dernière reste mobile dans la mesure où elle peut se modifier au gré des narrations (cité par Mori et Rouan, 2011). Par le biais de l'externalisation des difficultés rencontrées, le patient peut redessiner une nouvelle carte de l'histoire en modifiant l'impact du problème dans sa vie (Mori et Rouan, 2011). L'individu va élaborer son récit à chaque fois de façon différente en fonction de son contexte de vie mais aussi parce qu'au moment où il la raconte, son histoire n'est pas terminée. En effet, nous ne pouvons pas connaître la fin de « l'histoire » mais le récit que nous faisons sur nous-même est en lien avec ce que nous projetons pour le futur (Ricoeur 1983-1985 cité par Janssen et Coopman, 2010). Outre la narration de sa propre histoire, le récit de vie comprend également le récit de ses origines et de ses rencontres. En effet, il intègre les ancêtres et les pairs, ses amis, ses collègues et ses ennemis. Ainsi, il permet au sujet d'intégrer son inscription dans le champ du social de par la dimension « socio-historique » du récit (De Gaulejac, 2008 cité par Coopman et Janssen, 2010).

Par ailleurs, le récit de vie permet de lever le voile sur la souffrance ressentie par la personne en lien avec sa relation aux figures parentales ou autres figures de sa vie. Cette souffrance n'est pas toujours reconnue mais s'exprime à travers la naissance d'émotions, ou dans l'observation de l'attitude de la personne durant l'évocation du récit (Poncelet, 2008). C'est par le biais de la création de son propre récit de vie que l'individu peut donner du sens en créant une synthèse des éléments qui composent son existence. Cela va lui permettre de relever certains éléments de sa vie afin d'en analyser le caractère déterminant par rapport à ce qu'il voyait jusqu'à présent comme des choix ou des contraintes (Winnicott, 1975, cité par Coopman et Janssen, 2010). Lorsque nous parlons, nous pensons adresser le message aux autres mais, en réalité, c'est à l'Autre c'est-à-dire nous même que nous nous adressons. En ce sens un des enjeux de la thérapie narrative serait de saisir cet aspect. Lorsque nous tenons un discours centré sur la plainte de soi et des autres, il est plutôt question de nous face aux autres et nous composons au mieux avec cette réalité. C'est lorsque cette distinction entre les autres et l'Autre intégré se fait que l'élaboration d'une histoire nouvelle peut commencer (Mori et Rouan, 2011).

#### 4.3) La narration dans le groupe

Le groupe se définit comme un espace psychique qui permet la réalisation imaginaire de désirs infantiles ou actuels, de ce fait, tout groupe se construit sur un fantasme sous-jacent qui le spécifie. Anzieu (1984) parle de « soi de groupe », en tant que réalité psychique transpersonnelle : « Ce soi est imaginaire, il est le contenant à l'intérieur duquel une circulation fantasmatique et identificatoire va s'activer entre les personnes ».

Dans l'ouvrage « La narration de soi en groupe : le récit comme tissage du lien social », Coopman et Janssen (2010) ont mis en place des groupes de récits de vie. Ils relatent que chaque membre du groupe est à la fois le narrateur de sa propre histoire et le narrataire de celle des autres. En terme plus précis, lorsque le narrateur parle, le ou les narrataires interviennent et/ou influent indirectement sur le contenu du récit. Le récit est alors co-construit et est un processus qui se déploie dans la rencontre avec l'autre. Lors de ces ateliers, des échanges se créent dans le groupe autour de l'histoire racontée. Certains posent des questions, d'autres font part de leurs réflexions. Il s'agit pour les participants de parler de leur histoire à un groupe qui constitue alors la sphère sociale. Ainsi, le groupe permet la création d'un espace transitionnel au sein duquel peut s'accomplir un travail de mise en lien intra et intersubjectifs.

Il est un lieu opportun à la mise en perspective de son histoire et à un retour réflexif sur celle-ci. Il permet également une exploration de sa place en tant qu'individu dans la société.

Le récit de vie en groupe met en question l'individu comme un être social. En effet, le narrateur se rend compte qu'il est le produit d'une histoire, mais également qu'il en est de même pour tous les participants du groupe et il peut arriver que son histoire fasse écho aux récits des autres. Ainsi, ils ont démontré que le récit de vie rappelle que la subjectivité et le lien social sont « deux pôles d'une dialectique fondatrice de l'individu » (Coopman et Janssen, 2010).

#### 4.4) Quels effets sur le bien-être psychologique ?

Suite aux éléments développés sur la thérapie narrative et sur les problématiques des personnes âgées en EHPAD, nous allons désormais relater les différentes études qui permettent de faire le lien entre cette méthode et les bienfaits qu'elle peut avoir sur le bien-être psychologique.

Une expérience de thérapie narrative au sein d'un groupe de sujets alcoolo-dépendants a démontré que cette méthode permettait aux patients dépendants de se réapproprier leur histoire. De plus, elle permet de replacer le sujet et ses intentions au centre de la thérapie (Soulignac, Calzzada, Meid, Khazaal et Khan, 2011). Nous pouvons nous demander si cette mise en avant de la personne et de sa volonté pourrait avoir un effet bénéfique sur une personne âgée souffrant de dépendance physique et/ou psychologique. En effet, cela pourrait constituer un moyen de réappropriation de son corps souvent devenu objet du soin. Une autre étude nous montre l'effet bénéfique du sentiment d'appartenance à une unité. En effet, partager un moment de complicité avec des pairs de façon régulière permettrait de favoriser les initiatives, la projection dans des activités futures et l'expression de ses intentions. Les auteurs mettent en avant l'importance de prendre en compte cet aspect avec des personnes âgées souffrant de dépression et ayant des difficultés à reprendre le contrôle de leur existence (Nyman, Josephsson et Isaksson, 2012). Par le biais de ces deux études, nous pouvons penser que la thérapie narrative associée au vécu du groupe pourrait améliorer la prise d'initiative et de décision souvent à l'origine du sentiment d'inutilité et des affects dépressifs en institution.

De plus, une étude de Lopes et al en 2014 a permis de mettre en lumière que la thérapie narrative obtenait des résultats satisfaisants dans l'amélioration des symptômes dépressifs au même titre que ceux obtenus grâce à l'utilisation des TCC. Aussi, Rahmani et

Moheb ont réalisé en 2010 une étude auprès d'adolescents sur les effets de la thérapie narrative et l'argilothérapie sur l'anxiété. Ils sont parvenus à démontrer que ces dernières conduisent à une réduction des symptômes de l'anxiété chez les enfants souffrant de troubles anxieux mais également que ces thérapies amélioreraient l'estime de soi et la sociabilité des enfants. Enfin, Jafari et al, 2015 ont mené une étude sur l'intérêt de l'approche narrative chez l'estime de soi des enfants orphelins et ils ont trouvé que la thérapie narrative a un effet significatif sur l'estime de soi générale, l'estime de soi sociale et l'estime de soi physique. Néanmoins, aucune étude à notre connaissance ne montre de corrélation entre thérapie narrative et réduction de l'alexithymie. Cependant, au vu des liens démontrés entre ce concept et la dépression et l'anxiété, il nous semble pertinent d'analyser l'impact qu'un média basé sur l'approche narrative pourrait avoir l'alexithymie.

## **5. Problématique**

Dans la littérature, il n'existe pas de recherche spécifique portant sur les bénéfices de l'approche narrative chez les personnes âgées. L'approche narrative a des effets positifs sur de nombreuses caractéristiques psychologiques comme : l'estime de soi, l'anxiété et la dépression. A l'inverse, le milieu institutionnel est un facteur de risque au développement de ces troubles chez la personne âgée. Notre questionnement interroge l'efficacité d'un média basé sur le principe de la thérapie narrative appliqué à une population de personnes âgées présentant des troubles psychologiques (un trouble anxieux, une baisse de l'estime de soi...).

## **6. Hypothèses de l'étude**

Hypothèse principale : Nous supposons que l'utilisation d'un média basé sur la thérapie narrative aura un effet bénéfique sur le bien-être psychologique des personnes âgées (diminution du niveau de dépression, d'anxiété et d'alexithymie ; hausse du niveau d'estime de soi).

Hypothèse secondaire : Nous émettons l'hypothèse que les interactions groupales participeront à l'amélioration du bien-être psychologique et que la diminution du niveau d'alexithymie ira de pair avec l'amélioration de nos autres variables (anxiété, dépression et estime de soi).

## Partie méthodologie

### 1. Cadre de la recherche

#### 1.1) Participants

La population concerne un échantillon de 9 personnes âgées vivant en EHPAD (cf. *tableau 1*). Les 9 sujets proviennent de deux EHPAD et constituent donc deux groupes. Le groupe 1 comprend 4 personnes âgées et le groupe 2 est composé de 5 personnes âgées. Les deux groupes sont composés exclusivement de femmes.

Les critères d'inclusions sont de présenter au moins une des difficultés psychologiques suivantes : une faible estime de soi, des signes dépressifs, des manifestations anxieuses et/ou une alexithymie. Aussi, les participants devaient séjourner dans l'EHPAD depuis au moins 3 mois afin d'éviter l'inclusion de sujets présentant une problématique réactionnelle à l'entrée en institution.

Enfin, les capacités cognitives des participants ont été observées, notamment à l'aide du MMSE, afin de s'assurer de la bonne compréhension des questionnaires et de l'atelier mis en place.

Tableau 1 : Présentation des données socio-démographiques de notre population.

	<b>Âge</b>	<b>Profession</b>	<b>Situation Familiale</b>	<b>Enfant(s)</b>	<b>MMSE</b>	<b>Date d'entrée</b>
<b>Sujet 1</b>	91 ans	Ophtalmologue	Veuve	Oui : 2	19	07/04/2015
<b>Sujet 2</b>	79 ans	Directrice de colonie	Divorcée	Non	19	16/07/2013
<b>Sujet 3</b>	79 ans	Femme au foyer	Veuve	Oui : 5	26	17/12/2007
<b>Sujet 4</b>	91 ans	Professeur	Veuve	Oui : 3	24	08/01/2015
<b>Sujet 5</b>	95 ans	Couturière	Veuve	Oui : 1	25	18/11/2015
<b>Sujet 6</b>	85 ans	Télévendeuse	Veuve	Non	29	13/10/2015
<b>Sujet 7</b>	86 ans	Femme au foyer	Veuve	Oui : 2	25	08/10/2014
<b>Sujet 8</b>	90 ans	Femme au foyer	Veuve	Oui : 1	22	06/09/2015
<b>Sujet 9</b>	91 ans	Femme au foyer	Veuve	Oui : 2	20	23/09/2015

Nous allons faire une brève présentation clinique de chacune de nos participantes afin de mieux exposer leurs caractéristiques et d'explicitier les problématiques individuelle qui nous ont conduit à les sélectionner :

**Le sujet 1**, que nous nommerons Mme C est une ancienne ophtalmologue de 91 ans. Elle entre à la résidence suite à une chute provoquant une perte d'autonomie physique le 7 avril 2015. Mme C est veuve et a eu deux garçons dont l'un est décédé. Le discours de Mme C révèle un profond sentiment d'inutilité la conduisant à se soucier de façon répétée du poids qu'elle représente pour les autres, notamment pour sa famille. De plus, elle exprime toute la difficulté qu'elle a à voir le déclin des autres résidents et exprime fréquemment le fait qu'elle regrette son appartement ainsi que sa vie parisienne. Malgré ces différentes problématiques, Mme C a su s'intégrer et s'investir dans la structure. Elle présente un MMSE de 19/30.

**Le sujet 2**, que nous appellerons Mme S, est une ancienne directrice de colonie de vacances, de 79 ans, divorcée et sans enfant. Elle entre le 16 juillet 2013 à la résidence suite à une chute dans les escaliers la conduisant à se retrouver dans un fauteuil roulant. Sa situation de dépendance physique est très présente dans son discours, elle dit ne pas parvenir à accepter son état et exprime fréquemment son intention de mettre fin à ses jours si cette situation venait à se détériorer sur le plan cognitif. Parallèlement, Mme S est une dame très coquette, qui prend soin d'elle et très investie dans la vie de la résidence notamment auprès du conseil de vie sociale. Elle présente un MMSE de 19/30.

**Le sujet 3**, que nous nommerons Mme B a 79 ans. Elle a eu 5 enfants et était mère au foyer. Depuis son plus jeune âge, Mme B rencontre des problèmes de santé l'empêchant de se déplacer correctement et l'amenant à fréquenter les hôpitaux de façon fréquente. C'est au décès de son mari qu'elle décide d'entrer à la résidence le 17 décembre 2007 ne se sentant pas la force de vivre seule. Depuis peu, Mme B rencontre des difficultés financières provoquant des conflits au sein de la fratrie. Ces événements récents provoquent chez Mme B un sentiment de solitude, d'abandon et d'échec entravant de façon considérable son état thymique et son estime d'elle-même. D'ailleurs, elle évoque fréquemment la volonté de ne « pas se réveiller ». Cependant, Mme B est en demande d'aide pour surmonter cette période difficile. Elle présente un MMSE de 26/30.

**Le sujet 4**, que nous appellerons Mme A a 91 ans et était professeur. Elle a eu 3 enfants et vivait chez sa fille avant d'entrer le 8 janvier 2015 à la résidence suite à une perte d'autonomie physique. Mme A est une personne qui manque de confiance en elle, ce qui entraîne des signes anxieux notamment lorsqu'on s'adresse à elle et une perte du sentiment d'estime de soi. Elle présente quelques signes dépressifs en lien avec une plainte mnésique.

Mme A est présente aux activités de la résidence mais a des difficultés à s'investir de par sa peur de l'échec et son manque de confiance dans ses capacités. Elle présente un MMSE de 24/30.

**Le sujet 5**, que nous appellerons Mme T a 95 ans et était couturière. Elle est veuve depuis une dizaine d'années. Elle a eu un enfant, un fils qu'elle a adopté (le fils de son mari) qui est décédé il y a quelques années d'un cancer. Elle vivait seule à domicile, mais sa belle-fille (la femme de son fils) s'inquiétait de la voir dans cette grande maison en cas d'éventuelles chutes donc Mme T est entrée dans l'établissement le 18/11/2015. Elle présente un MMSE de 25/30.

**Le sujet 6**, que nous appellerons Mme M a 85 ans, elle était télévendeuse. Mme M est veuve depuis de nombreuses années, elle n'a pas eu d'enfant (elle n'a pas pu en avoir), ce qui reste encore aujourd'hui le plus grand regret de sa vie. Mme M a fait une dépression à la suite du décès de sa mère survenue il y a une vingtaine d'années et présente un trouble anxieux très important. Sa nièce ne pouvant pas s'occuper d'elle à temps plein, Mme M est donc arrivée le 13/10/2015. Elle présente un MMSE de 29/30.

**Le sujet 7** a 86 ans, nous l'appellerons Mme H, lorsqu'elle avait 20 ans elle travaillait à l'usine, c'est lors de cette période qu'elle perdit un bras lors d'un accident de travail. Elle a élevé le fils de sa sœur comme si c'était le sien (qu'elle a légalement adopté) et a eu un fils avec son mari. Elle est veuve depuis des années. Mme H a été hospitalisée il y a une vingtaine d'années pour une dépression importante. Avant son arrivée, Mme H vivait seule dans la maison familiale, Mme H a souhaité rentrer dans l'établissement puisqu'elle ne se sentait plus en capacité de vivre seule. Mme H ne participe à aucune activité puisqu'elle « ne se sent pas à la hauteur ». Elle est arrivée le 08/10/2014. Elle présente un MMSE de 25/30.

**Le sujet 8**, que nous appellerons Mme P, a 90 ans, elle a longtemps travaillé en usine où elle a rencontré son mari. Elle est veuve aujourd'hui et a une fille unique. Elle est rentrée dans l'établissement à la suite de la vente de sa maison. Elle regrette beaucoup cette situation. Elle se sent abandonnée par sa fille et sa famille ce qui est très redondant dans ses discours. Elle présente un MMSE de 22/30.

**Le sujet 9**, que nous appellerons Mme E, a 91 ans, Mme E est veuve aujourd'hui. Elle a été femme au foyer et a 2 filles. Mme E se déplace en fauteuil roulant. A la suite de chutes à domicile, elle a vendu sa maison et elle est rentrée le 23/09/2015. Elle exprime ses difficultés à faire face à ce déclin physique, elle qui aimait danser, et se promener elle se retrouve aujourd'hui tributaire de l'aide des autres. Elle présente un MMSE de 20/30.

## 1.2) Procédure

Les personnes âgées ont été sélectionnées d'une part, suite à un échange avec les psychologues des établissements et d'autre part, par le biais de la première passation des questionnaires confirmant ou non les difficultés psychologiques observées sur le terrain. Les résidentes ont été invitées individuellement à participer à l'étude. Une notice d'information, un planning prévisionnel des huit séances prévues ainsi qu'une feuille de consentement leur a été remis. Les deux passations des questionnaires avant/après réalisations des séances se sont déroulées dans la chambre de la participante. Cet environnement familial a permis au sujet de se sentir à son aise et de garantir une totale confidentialité. Les séances du « jeu des récits et des vies » se sont déroulées pour les deux groupes dans un lieu à l'écart des autres résidents et du personnel soignant afin de garantir l'intimité du groupe.

## **2. Les outils de mesures** (cf. *Annexe 1*)

### 2.1) Les données sociodémographiques

Des données sociodémographiques telles que l'âge, la profession exercée, la situation familiale et le nombre d'enfants ont été recueillis auprès du participant (cf. *tableau 1*). Les données telles que la date d'entrée dans l'établissement et le score au MMSE ont été recueillies auprès de la psychologue de l'établissement.

### 2.2) L'échelle d'estime de soi : EES (Rosenberg, 1965)

L'échelle d'estime de soi est un questionnaire rapide permettant d'évaluer la perception globale des sujets quant à leur propre valeur. L'adaptation française a été réalisée par Vallières et Vallerand en 1990. L'instrument se présente sous la forme de 10 items généraux permettant de déterminer si l'individu se perçoit comme une personne de valeur, possédant un certain nombre de belles qualités ou comme une personne bonne à rien et inutile. Les personnes répondent en manifestant leur accord ou leur désaccord sur une échelle en 4 points de type Likert (« Tout à fait en désaccord; Plutôt en désaccord; Plutôt en accord; Tout à fait en

accord »). Les réponses sont respectivement cotées de 1 à 4. Plus le score est élevé est plus la personne possède une bonne estime d'elle-même :

- < 25 = Estime de soi très faible
- De 25 à 31 = Estime de soi faible
- De 31 à 34 = Estime de soi dans la moyenne
- De 34 à 39 = Estime de soi forte
- > 39 = Estime de soi très forte et tendance à être fortement affirmé.

La version française de cette échelle a été validée auprès d'étudiants (Vallieres et Vallerand, 1990). Les études ont montré de très bonnes qualités psychométriques avec une cohérence interne satisfaisante variant entre 0,70 et 0,90 selon les études. De plus, la fiabilité test-retest est adéquate ( $r = 0,84$ ) avec un intervalle de trois semaines. Sa rapidité et sa facilité de passation en fait un outil particulièrement adapté à une population âgée.

### 2.3) Le « State Trait Inventory Anxiety » : STAI-Y (Spielberger, 1973)

La STAI-Y est un questionnaire d'auto-évaluation permettant d'évaluer deux types d'anxiété. Ainsi, elle comprend deux échelles distinctes :

1- La STAI forme Y-A comporte 20 items (items 1 à 20) permettant d'évaluer l'anxiété en tant qu'état émotionnel ressentie à un moment précis. Le sujet est alors invité à répondre sur une échelle de type Likert en 4 points (Non; Plutôt non; Plutôt oui; Oui). Les réponses sont respectivement cotées de 1 à 4.

2- La STAI forme Y-B comporte 20 items (items 21 à 40) se référant au trait de personnalité anxieuse. Les sujets mentionnent la fréquence selon laquelle ils ressentent leurs émotions en se positionnant sur une échelle de type Likert en 4 points (Presque jamais; Parfois; Souvent; Presque toujours). Les réponses sont respectivement cotées de 1 à 4. Un score indépendant est calculé pour les deux échelles. Ainsi, pour chaque échelle, le score théorique le plus faible est de 20 points et le score le plus élevé est de 80 points. Lorsque le score est :

- $\leq 35$  : Anxiété très faible entre 36 et 45 : Anxiété faible
- Entre 46 et 55 : Anxiété moyenne
- Entre 56 et 65 : Anxiété élevée
- $\geq 65$  : Anxiété très élevée.

La STAI-Y a pour qualité sa simplicité, sa rapidité de passation et sa clarté. Cela en fait un outil approprié à une population de personnes âgées. De plus, elle possède de bonnes qualités psychométriques (Gauthier et Bouchard, 1993). Les études ont démontré une fidélité test-retest à 8 semaines d'intervalles de 0,71 pour la forme Y-A et de 0,85 pour la forme Y-B. Cette différence s'explique par le fait que la forme Y-A est directement affectée par la situation et le moment de passation. La consistance interne des items varie entre 0,78 et 0,87.

#### 2.4) Échelle gériatrique de dépression : GDS (Yesavage et al, 1982)

La GDS a été traduite et validée en français par P.Bourque, L. Blanchard, J. Vézina (1990). Cette échelle évalue les manifestations de la dépression gériatrique et permet le dépistage et le suivi d'une dépression. La GDS comporte 15 items, le participant est invité à répondre par « oui » ou « non ». Un point est attribué par question. Le score total varie entre 0 et 15 point :

- Entre 0 et 5 : Absence de dépression
- Entre 5 et 9 : Forte probabilité de dépression
- $\geq 10$  : Indique presque toujours une dépression.

C'est un instrument simple d'utilisation et de compréhension, sa réalisation ne demande que quelques minutes. De plus, elle présente de très bonnes caractéristiques psychométriques. Une étude réalisée auprès de 147 personnes âgées (Brown et Schinka, 2005) a démontré que la GDS 15 items possède une cohérence interne satisfaisante ( $\alpha = 0,86$ ) et une bonne fidélité test-retest ( $r = 0.81$ ).

#### 2.5) Questionnaire TAS-20 : Toronto Alexithymia Scale (Bagby, Parker et Taylor, 1994)

Le TAS est l'un des outils les plus couramment utilisé pour l'alexithymie. Il a été créé en 1985 par Taylor, Ryan et Bagby puis revisitée par Bagby, Parker et Taylor en 1994 donnant lieu à la TAS-20. L'alexithymie se définit par la difficulté à identifier et décrire ses émotions, la tendance à minimiser l'expérience émotionnelle vécue et par le fait d'attirer l'attention vers l'extérieur. Le TAS-20 est une échelle d'auto-évaluation qui se compose de 20 items. Les personnes répondent en manifestant leur degré d'accord ou de désaccord selon une échelle de

Likert en 5 points (« Désaccord complet ; Désaccord relatif ; Ni accord, ni désaccord ; Accord relatif ; Accord complet »). Les réponses sont respectivement cotées de 1 à 5. Plus le score est élevé et plus la personne présente une possible alexithymie :

- Un score égal ou inférieur à 51 = non-alexithymie
- De 52 à 60 = alexithymie possible.
- Un score égal ou supérieur à 61 = alexithymie.

Le TAS-20 comprend 3 sous-échelles:

- Les items : 2, 4, 7, 12, et 17 mesurent la difficulté à décrire les émotions.
- Les items 1, 3, 6, 11, 9, 13, et 14 mesurent la difficulté à identifier les émotions.
- Les items 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, et 20 mesurent quant à eux la tendance des individus à concentrer leur attention à l'extérieur.

La version française de cette échelle a été validé auprès de sujets souffrants d'alcoolisme (Loas, Otmani, Fremaux, Lecercle, Dufлот et Delahousse, 1996). Ils ont démontré que le questionnaire présentait une bonne cohérence interne ( $\alpha = 0,81$ ) et fiabilité test-retest satisfaisante ( $r = 0,77$ ). De plus, les auteurs ont établi que les résultats se maintiennent indépendamment du sexe et de l'âge.

## 2.6) Grille d'observation (Annexe 2)

Une grille d'observation a été créé afin de réaliser un suivi individuel de chaque participante et d'observer l'évolution du groupe. Pour cela, plusieurs éléments ont été relevés à l'issue de chaque séance. Tout d'abord, des données telles que la date, le numéro de la séance ainsi que sa durée totale sont annotées. Ensuite, la partie « observation générale » permet de noter de façon globale la dynamique en place lors de la séance. Ainsi, la cohésion groupale, la présence d'étayage, d'entraide et d'échange interpersonnel sont relevés après chaque atelier. Enfin, une grille préétablie est remplie de façon individuelle grâce aux notes prises durant la séance par l'observateur. Pour chaque sujet et chaque tour, la question posée ainsi que sa couleur est relevée dans la grille et l'observateur va se prononcer sur le discours correspondant en évaluant la cohérence, la créativité, l'hésitation et le détail. De façon plus globale, le comportement et la communication non verbale du sujet durant l'atelier seront relevés ainsi que la présence d'interactions et la qualité de la relation avec les autres participantes.

Cette observation a pour objectif d'analyser de façon qualitative les effets du média et l'évolution de l'investissement personnel et groupal au cours des séances.

### **3. Présentation du média : « Le jeu des récits et des vies »**

Ce jeu est une création de Caroline Chavelli, intervenante auprès de groupes, de tout-petits jusqu'aux personnes âgées, via l'écoute, le conte, l'écriture et l'expression de soi. Ce média est né d'une réflexion issue des ateliers d'écritures créatifs et contes qu'elle mène auprès de personnes âgées en maison de retraite et des mamans en médiathèque. La rédaction des cartes s'est appuyée sur la thérapie narrative développée par Michael White et David Epston ainsi que sur l'identité narrative de Paul Ricoeur. Ainsi, le « jeu des récits et des vies » interroge le sens de la vie et les émotions de la personne face à un événement majeur ou lorsqu'elle traverse une période déstabilisante. Grâce aux questions proposées par les cartes, ce jeu permet à chacun de s'exprimer, d'être écouté, de découvrir et comprendre ce que vivent ses proches et/ou ceux qui sont confrontés à la même situation. En d'autres termes, ce jeu est un outil relationnel basé sur le langage, la mémoire et l'imaginaire. Les cartes se déclinent en 4 thèmes représentés chacun par 4 couleurs : récit de vie (bleu), émotions (rose), questions essentielles (verte) et imaginaire (jaune). Les questions ou propositions sont évoquées dans un spectre large afin de toucher tout l'éventail des sensibilités et de permettre des réponses non restrictives mais ouvertes qui facilitent la parole. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, chacun a sa propre réponse, il y a autant de réponses que de participants, et chacune est susceptible d'évoluer et de s'enrichir au fil du temps.

- Les cartes « récits de vie » retracent des souvenirs d'enfance, vie familiale, sociale et professionnelle, en évoquant les siens, ses amis, ses goûts, ses loisirs, ses passions, ses réussites, mais aussi ses regrets et ses déboires, ainsi, chacun pourra se raconter. Par ailleurs, avec la vieillesse, les souvenirs et le besoin de transmettre se font prégnant.

- Les cartes « émotion » évoquent davantage des situations de mal-être, où tout semble n'être que pertes, ce jeu souhaite montrer qu'en dépit de l'inquiétude, de la douleur, de la lassitude, ou du chagrin, l'enrichissement est toujours possible grâce à un mot, une phrase, un récit, un regard ou un sourire.

- Les cartes « questions essentielles » interrogent nos valeurs et nos désirs/souhaits. Elles posent des questions essentielles. Face à l'épreuve, il apparaît important d'exprimer ses valeurs, ses repères, les convictions qui forgent notre être et lui donnent une cohérence quand

tout semble basculer, se détériorer et que nos certitudes se dérobent. Ces cartes souhaitent permettre à chacun de faire le point, de questionner son parcours, d'affirmer ses valeurs, de faire des choix et de trouver des ressources.

- Les cartes « imaginaire » suggèrent avec délicatesse d'oublier ses tourments ou ses peines pour se relier à la beauté qui imprègne chacun et sa vie.

Ce jeu, par le biais de ces questions et évocations, suscite un travail de mémoire, de transmission, d'interrogations, d'imaginaire, d'expression qui sont au cœur de l'identité de la personne dans toute sa richesse.

Matériel et mode d'emploi du « jeu des récits et des vies » :

- Un plateau divisé en 4 couleurs (bleu, rose, vert, jaune) doté d'une flèche,
- Quatre tas de cartes qui correspondent aux couleurs du plateau de jeu. Au recto : une pastille de couleur ; au verso : les questions (cartes bleues : récits de vie, cartes roses : émotions, cartes vertes : questions essentielles, cartes jaunes : imaginaire). Les cartes sont disposées par couleur à côté du plateau de jeu.

Quand vient le tour de jouer, le participant fait tourner la flèche qui indiquera la couleur de la carte à piocher. La personne prend la carte du dessus. L'expérimentateur lit à haute voix le texte de la carte. Après que le participant ait répondu, les autres participants, si elles le souhaitent, sont invitées à répondre, à compléter ou à questionner la personne de façon à enrichir la discussion.

Le jeu propose de s'intéresser à l'histoire de chacun en s'attachant non seulement à son vécu social, familial, professionnel mais aussi à ses valeurs, ses qualités, ses envies, ses passions, ses aspirations, ses plaisirs, ou encore ses souvenirs.

Raconter, dans le cadre d'une écoute bienveillante, sans questionnement intrusif, permet non seulement de se livrer mais aussi de s'adonner à la liberté d'imaginer et d'inventer des personnages, situations, existences qui apportent du bien-être. La confiance accordée à chacun et le cadre instauré en début de jeu permettent aux personnes de dire ce dont elles ont besoin, ce qui leur fait du bien et de renouer avec la créativité propre au jeu, lieu de ressources vitales.

En résumé, ce média a pour objectif de déclencher une prise de parole, d'établir un dialogue, de faciliter la communication et l'enrichir, ou encore de créer des liens.

## Résultats

### 1. Statistiques descriptives

#### 1.1) Caractéristiques de la population

Notre population est composée de 9 personnes âgées, exclusivement de femmes. L'âge moyen de l'échantillon est de 87 ans (SD = 5,62). L'âge minimum est de 79 ans et l'âge maximum de 95 ans. Les dates d'entrées dans l'institution varient du 8 janvier 2007 au 18 novembre 2015. Parmi notre population, 8 personnes sont veuves et 1 personne est divorcée.

#### 1.2) MMSE

Nous observons une moyenne de 23,22 points au score du MMSE (SD = 3,46) avec un minimum de 19 et un maximum de 29.

#### 1.3) Échelle d'estime de soi : EES

Parmi nos 9 sujets, nous relevons lors de la première passation que 4 sujets présentent une estime de soi très faible et 5 une estime de soi faible. Lors de la deuxième passation nous observons que seulement 1 personne présente une estime de soi très faible, 1 personne une estime de soi faible, 4 personnes ont un score d'estime de soi dans la moyenne et 3 personnes ont une forte estime de soi (*cf. Annexe 3*). Le tableau 2 ci-dessous nous montre l'évolution de la moyenne des scores obtenus par l'ensemble des participantes après utilisation du média.

Tableau 2 : Statistiques descriptives des scores obtenus à l'EES avant et après l'utilisation du média.

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type
<b>Avant</b>	9	19	28	24,67	3,35
<b>Après</b>	9	21	35	31,33	4,44

#### 1.4) Questionnaire d'anxiété : STAI-Y

Concernant les scores obtenus à l'échelle d'anxiété « état », nous relevons lors de la première passation que parmi nos 9 sujets, 2 ne présentent pas de signe d'anxiété, 4 possèdent un niveau d'anxiété qui reste faible, 2 un niveau d'anxiété caractérisé de modéré et 1 personne dénote d'un niveau d'anxiété très élevé. Lors de la deuxième passation, 4 personnes ne présentent pas d'anxiété, 1 personne démontre un niveau d'anxiété faible et 4 sujets obtiennent un score démontrant un niveau d'anxiété modéré.

Concernant les scores obtenus à l'échelle d'anxiété « trait », nous relevons lors de la première passation que parmi nos 9 sujets, 1 présente un niveau d'anxiété faible, 5 personnes possèdent un niveau d'anxiété modéré, 2 personnes un niveau d'anxiété élevé et 1 personne un niveau d'anxiété très élevé. Lors de la deuxième passation, 2 personnes ne présentent plus de signe d'anxiété, 4 personnes un niveau d'anxiété qui reste faible, 2 personnes un niveau d'anxiété modéré et 1 personne démontre d'un niveau d'anxiété très élevé (*cf. Annexe 4*).

Le tableau 3 ci-dessous nous montre l'évolution de la moyenne des scores obtenus par l'ensemble des participantes après utilisation du média.

Tableau 3 : Statistiques descriptives des scores obtenus à la STAI forme Y-A et Y-B avant et après l'utilisation du média.

		N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type
<b>Avant</b>	STAI-YA	9	29	69	46,67	12,33
	STAI-YB	9	40	71	53,89	8,49
<b>Après</b>	STAI-YA	9	29	51	39,56	8,68
	STAI-YB	9	31	77	43,56	13,74

### 1.5) Échelle gériatrique de dépression : GDS

Concernant les scores obtenus à l'échelle gériatrique de dépression, nous relevons lors de la première passation, que parmi nos 9 sujets, 8 présentent une forte probabilité de dépression et 1 personne obtient un score confirmant la présence d'une dépression. Lors de la deuxième passation, plus que 3 personnes présentent un score démontrant une forte probabilité de dépression et 1 personne un score confirmant la présence d'une dépression (*cf. Annexe 5*). Le tableau 4 ci-dessous nous montre l'évolution de la moyenne des scores obtenus par l'ensemble des participantes après utilisation du média.

Tableau 4 : Statistiques descriptives des scores obtenus à la GDS avant et après l'utilisation du média.

	<b>N</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Écart type</b>
<b>Avant</b>	9	5	10	7,56	1,67
<b>Après</b>	9	1	11	4,89	2,89

### 1.6) Questionnaire d'Alexithymie : TAS-20

Lors de la première passation, le score obtenu au questionnaire d'alexithymie nous permet de relever que parmi nos 9 sujets, 1 personne présente une possible alexithymie, 6 présentent une alexithymie et seulement 2 personnes n'en présentent pas. Lors de la deuxième passation, nous relevons que 5 présentent une alexithymie tandis que 4 personnes ne possèdent pas de signe en faveur d'une alexithymie (*cf. Annexe 6*). Les tableaux 5 et 6 ci-dessous nous montrent l'évolution de la moyenne des scores obtenus par l'ensemble des participantes après utilisation du média.

Tableau 5 : Statistiques descriptives des scores obtenus à la TAS-20 et à ses sous échelles avant l'utilisation du média.

	<b>N</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Écart type</b>
<b>TAS-20</b>	<b>9</b>	<b>42</b>	<b>75</b>	<b>63,33</b>	<b>11,77</b>
<b>Difficulté à décrire les émotions</b>	9	9	21	17,33	4,0
<b>Difficulté à identifier les émotions</b>	9	11	31	23,89	6,6
<b>Tendance à concentrer l'attention à l'extérieur</b>	9	18	27	22,11	2,67

Tableau 6 : Statistiques descriptives des scores obtenus à la TAS-20 et à ses sous échelles après l'utilisation du média.

	<b>N</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>Moyenne</b>	<b>Écart type</b>
<b>TAS-20</b>	<b>9</b>	<b>40</b>	<b>69</b>	<b>54,56</b>	<b>11,17</b>
<b>Difficulté à décrire les émotions</b>	9	10	19	15,22	2,82
<b>Difficulté à identifier les émotions</b>	9	10	25	18,22	5,47
<b>Tendance à concentrer l'attention à l'extérieur</b>	9	14	27	21,11	4,43

## **2. Statistiques inférentielles**

Nous avons utilisé le logiciel SPSS® afin d'effectuer notre analyse statistique. Nous avons vérifié que nos données suivent une distribution normale (K-S non significatif) ce qui nous a permis d'utiliser des tests paramétriques. L'analyse par t-test à échantillons indépendants n'a pas révélé de différence significative dans les moyennes des scores obtenues par nos deux groupes. Ainsi, afin de vérifier nos hypothèses, nous avons effectué des comparaisons de moyennes par le biais de l'utilisation de corrélations et de t-test à échantillons appariés.

### **2.1) Les corrélations**

L'analyse par corrélation met en évidence deux points concernant l'efficacité du média. D'une part, nous observons une corrélation positive entre le niveau d'estime de soi lors de la première passation et le niveau d'estime de soi lors de la deuxième passation ( $r = 0,71$  ;  $p < 0,05$ ). En d'autres termes, l'utilisation du média aurait un impact positif sur l'estime de soi de la personne âgée. D'autre part, nous relevons une corrélation positive entre le niveau d'alexithymie lors de la première passation et le niveau d'alexithymie lors de la deuxième passation ( $r = 0,71$  ;  $p < 0,05$ ). En terme plus précis, l'utilisation du média aurait une influence positive sur l'alexithymie de la personne âgée. Plus particulièrement, nous relevons une corrélation positive concernant la difficulté à décrire ses émotions ( $r = 0,82$  ;  $p < 0,05$ ) et la difficulté à identifier ses émotions ( $r = 0,82$  ;  $p < 0,05$ ).

### **2.2) Le t-test à échantillon apparié**

Le t-test à échantillons appariés a été utilisé afin d'analyser si la différence obtenue entre les moyennes des deux temps est assez significative pour conclure que cette différence n'est pas le résultat du hasard mais la conséquence des séances du « jeu des récits et des vies » (cf. tableau 7).

Tableau 7 : Comparaison des moyennes obtenues à l'échelle d'estime de soi, d'anxiété « état » et « trait », de dépression et d'alexithymie avant et après utilisation du média.

		Avant utilisation du média		Après utilisation du média			
		(N=9)		(N=9)			
		Moyenne	ET	Moyenne	ET	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>EES</b>		24,67	3,35	31,33	4,44	4,39	0,02
<b>STAI</b>	YA	46,67	12,33	39,56	8,68	2,45	0,04
	YB	53,89	8,49	43,56	13,74	2,54	0,04
<b>GDS</b>		7,56	1,67	4,89	2,89	2,67	0,03
<b>TAS-20</b>		63,33	11,77	54,56	11,17	3,03	0,02

Le score obtenu à l'échelle d'estime de soi est significativement plus élevé à l'issue des 8 séances. À l'inverse, la moyennes des scores obtenues à l'échelle d'anxiété « état » et « trait », de dépression et d'alexithymie sont significativement moins élevé après utilisation du média.

### **3. Analyse qualitative des séances**

Afin de compléter et de comprendre les résultats quantitatifs exposés, nous avons opté pour une grille d'observation nous permettant de suivre le déroulé des séances. Ainsi, nous allons exposer l'évolution de l'atelier de façon groupale puis de manière individuelle (*cf. tableau 8 et Annexe 7*).

Concernant **le groupe 1** composé de 4 participantes, nous observons lors de la première séance une difficulté de la part des participantes à répondre aux questions posées et des échanges interpersonnels peu nombreux. Dès la deuxième séance, les échanges se font plus présents, les résidentes partageant le même point de vue sur différents points. C'est à la 3ème séance qu'une dynamique s'installe : nous relevons des échanges de compliments et la présence d'une entraide lorsqu'une résidente ne parvient pas à répondre. Ce mode de fonctionnement va se retrouver tout au long des autres séances. Lors de l'avant dernière séance, nous relevons que le groupe s'autorégule. En effet, les résidentes n'ont plus besoin de stimulation pour le déroulé du jeu, elles semblent devenir ensemble « maître » de la séance

(ex : se passe le plateau de jeu lorsqu'elles n'ont plus rien à ajouter). Ainsi, nous pouvons analyser une complicité naissante, un étayage interindividuel ainsi qu'une appropriation du média.

**Le groupe 2** est constitué de 5 participantes. Nous observons lors de la première séance une difficulté à répondre aux questions posées et peu d'échanges interpersonnels. Les participantes semblent peu à l'aise. Dès la deuxième séance, les participantes s'installent à la même place qu'à la première séance (places qu'elles conserveront jusqu'à la fin des 8 séances). Les échanges sont plus nombreux, les résidentes rebondissent sur les réponses de certaines. C'est également lors de la 3ème séance que nous observons qu'une dynamique s'installe : les dames aident une résidente à trouver une réponse lorsque celle-ci a des difficultés à répondre (les questions jaunes sont plus difficiles à répondre car elles sont de l'ordre de l'imaginaire et sont moins concrètes que celles des autres catégories). Elles se mettent à plaisanter ensemble. Cette dynamique va persister tout au long des autres séances. Lors de la 6ème séance, nous pouvons voir que les participantes se sont totalement appropriées l'atelier, les règles ont été assimilées, ainsi, chaque fois qu'une dame a fini de répondre, elle passe le plateau de jeu à sa voisine. Comme pour le groupe 1, nous pouvons analyser une complicité naissante, un étayage interindividuel ainsi qu'une appropriation du média.

Tableau 8 : Récapitulatif des principales caractéristiques de chaque résidentes au long des huit séances.

	<b>Présence de changement</b>	<b>Cohérence du discours</b>	<b>Discours</b>	<b>Relation/Interactions</b>	<b>Evolution après les 8 séances</b>
<b>Sujet 1</b>	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ancré dans sa réalité personnelle et de plus en plus détaillé au cours des séances.</li> <li>- D'abord chargé en émotion et dévalorisant puis, de plus en plus à connotation positive.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Echanges spontanés présents en grand nombre.</li> <li>- Attitude bienveillante à l'égard des autres participantes (valorisation du discours)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diminution du score d'anxiété trait (de modéré à faible)</li> <li>- Ne présente plus de possible alexithymie et de signe dépressif.</li> </ul>
<b>Sujet 2</b>	Non	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 premières séances : Discours détaillé ancré dans des souvenirs ou sa réalité actuelle.</li> <li>- 5<sup>ème</sup> séance : Refus de participation (événement personnel perturbateur)</li> <li>- 3 dernières séances: Discours hésitant et se situe en retrait du groupe puis le discours redevient détaillé mais ancré dans des éléments douloureux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attitude de soutien lorsqu'une des résidentes présente des difficultés à répondre.</li> <li>- Investissement dans les échanges interpersonnels</li> </ul>	Pas de changement notable

	<b>Présence de changement</b>	<b>Cohérence du discours</b>	<b>Discours</b>	<b>Relation/Interactions</b>	<b>Evolution après les 8 séances</b>
<b>Sujet 3</b>	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 premières séances : discours peu détaillé et parfois hésitant.</li> <li>- A partir de la 5<sup>ème</sup> séance : discours plus détaillé, ancré dans son expérience personnelle. Capacité à se projeter dans l'imaginaire et stratégie d'évitement par l'humour lorsqu'elle ne veut pas répondre à une question.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Echange présent et spontané, commente le discours des autres participantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminution du niveau d'anxiété trait (de modéré à minimal).</li> <li>- Légère baisse du score de dépression.</li> </ul>
<b>Sujet 4</b>	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discours hésitant et peu détaillé. Beaucoup plus détaillé lorsque la question ne lui ai pas adressée ou que la réponse lui vient directement à l'esprit.</li> <li>- Parfois refus de répondre à la question notamment à celle faisant appel à l'imaginaire (« Je ne sais pas quoi dire »). L'hésitation semble bloquer l'élaboration.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Echanges principalement tournés vers l'expérimentateur ou sujet 1.</li> <li>- Semble nerveuse quand son tour arrive.</li> <li>- Reçoit tout au long des séances un soutien permanent de la part des autres participantes (aide dans les réponses et valorisation du discours).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Légère amélioration de l'estime de soi (du niveau faible à la moyenne).</li> <li>- Diminution du niveau d'anxiété trait (de modéré à minimal).</li> <li>- Ne présente plus de signe dépressif et d'alexithymie.</li> </ul>

	<b>Présence de changement</b>	<b>Cohérence du discours</b>	<b>Discours</b>	<b>Relation/Interactions</b>	<b>Evolution après les 8 séances</b>
<b>Sujet 5</b>	Oui	Oui	-Réponses toujours détaillées, ancrées dans la réalité même si les questions jaunes lui ont demandé plus de réflexion et étaient moins détaillées.	-Après des débuts discrets, Madame T s'est petit à petit ouverte aux autres, et n'hésitait pas à échanger avec les autres dames pendant leur tour ainsi qu'à donner son avis.	- Diminution du score d'anxiété trait (du niveau modéré au niveau faible).  -Ne présente plus de signe dépressif.  -L'estime de soi est passée de faible à forte.
<b>Sujet 6</b>	Oui	Oui	- Lors des premiers ateliers, ses réponses bien que cohérentes sont courtes et peu détaillées. Donne plus de détails par la suite (à partir de la 5ème séance).  - Les questions jaunes semblent la mettre en réelle difficulté, sollicite l'aide des autres participantes.	Mme M est une dame discrète et qui aime rester en retrait. Elle participe peu ou pas aux échanges.	- Son estime de soi passe de faible à forte  - Pas de différence notable sur les autres échelles.
<b>Sujet 7</b>	Oui	Oui	- Réponses détaillées et ancrées dans la réalité.  - N'apprécie pas les questions jaunes qui lui demandent plus de réflexion.	-Pendant la 4ème séance, elle noue une relation amicale avec sa voisine d'en face Mme P, si bien que parfois, elles laissent peu de place aux participantes lors de leurs échanges (relation qui a perduré jusqu'à la fin des 8 séances).	- Ne présente plus d'alexithymie

	<b>Présence de changement</b>	<b>Cohérence du discours</b>	<b>Discours</b>	<b>Relation/Interactions</b>	<b>Evolution après les 8 séances</b>
<b>Sujet 8</b>	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présente dès le début, des réponses détaillées.</li> <li>- Elle utilise beaucoup l'humour dans ses réponses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Constamment dans l'échange, donne son avis dans les réponses des autres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ne présente plus de signe dépressif.</li> <li>-Estime de soi passe de faible à forte.</li> <li>-Absence d'alexithymie.</li> </ul>
<b>Sujet 9</b>	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Élabore des réponses de plus en plus détaillées.</li> <li>- Les questions jaunes la mettaient à mal, elle nous fait part en aparté de sa difficulté à comprendre le sens des questions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dans l'échange avec les autres participantes, plaisante avec beaucoup d'entre elles.</li> <li>- Rebondit sur les réponses des autres participantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ne présente plus de signe dépressif</li> <li>- Ne présente plus d'alexithymie.</li> <li>-Son estime de soi est également passée de très faible à forte.</li> </ul>

## Discussion

L'objectif de cette étude était d'analyser l'efficacité du média « jeu des récits et des vies » auprès d'une population de personnes âgées et de démontrer l'intérêt de sa mise en place au sein d'une institution. Pour cela, nous avons observé quel impact ce dernier pouvait avoir sur le bien-être psychologique de notre population. De façon globale, notre recherche montre un impact positif du média sur le bien-être psychologique (estime de soi, anxiété, dépression et alexithymie). De plus l'étayage groupal nous est apparu comme un élément central dans l'amélioration de ce bien-être. Nous allons détailler nos résultats en fonction des variables énoncées dans nos hypothèses afin de faire le lien avec la revue de littérature.

Dans un premier temps, nous allons développer l'hypothèse principale selon laquelle nous supposons que l'utilisation d'un média basé sur la thérapie narrative aura un effet bénéfique sur le bien-être psychologique des personnes âgées (diminution du niveau de dépression, d'anxiété et d'alexithymie ; hausse du niveau d'estime de soi). Nos résultats permettent de montrer que, de façon globale, l'utilisation du média amène une diminution du niveau de dépression, d'anxiété et d'alexithymie ainsi qu'une amélioration du niveau d'estime de soi. Concernant la variable « dépression », nous relevons une diminution de son niveau après la participation aux ateliers. Ces résultats vont dans le sens de l'étude réalisée par Lopes et al en 2014 qui montre que la thérapie narrative a un effet bénéfique sur les personnes présentant des symptômes dépressifs. En ce qui concerne la variable « anxiété », nous relevons une diminution de sa dimension «trait» et «état» après la participation aux ateliers. Nous pouvons rapprocher cette observation de l'étude de Rahmani et Moheb (2010) qui ont démontré l'efficacité de la thérapie narrative sur le niveau d'anxiété chez des adolescents. Pour ce qui est de la variable « alexithymie », nous notons une diminution de son niveau après l'ensemble des ateliers. De plus, nous avons relevé un lien direct entre cette diminution et l'utilisation du média, et plus particulièrement pour les sous-échelles « difficulté à décrire les émotions » et « difficulté à identifier ses émotions ». Nous ne pouvons pas lier ses résultats à la littérature de par l'absence d'études concernant ce lien. Cependant, nous pouvons apporter une réflexion en nous référant à Dressaire et Brouillet (2006) qui évoquent que les personnes âgées en institution ont tendance à inhiber leurs pensées en raison l'aspect décisionnaire de ce milieu, facilitant alors la présence possible d'alexithymie. Au vu de l'efficacité du média sur

la variable alexithymie, nous pouvons penser qu'il peut se révéler être un outil efficace face aux répercussions de la vie institutionnelle. Enfin, nos résultats nous ont permis de mettre en avant une augmentation du niveau d'estime de soi après l'ensemble des séances. Aussi, nous relevons un lien spécifique entre l'utilisation du média et un renforcement de l'estime de soi. Ces observations corroborent l'étude de Jafari et al. (2015), démontrant l'effet positif de la thérapie narrative sur le niveau d'estime de soi chez des enfants orphelins.

A présent, nous allons traiter notre hypothèse secondaire selon laquelle nous supposons que les interactions groupales participeront à l'amélioration du bien-être psychologique et que la diminution du niveau d'alexithymie ira de pair avec l'amélioration de nos autres variables (anxiété, dépression et estime de soi). Grâce à nos observations tout au long des séances, nous pouvons dire que l'étayage groupal constitue un paramètre non négligeable à l'amélioration du bien-être psychologique. En effet, la dynamique groupale permet l'appropriation de l'atelier et de surmonter certaines questions lorsqu'elles sont difficiles émotionnellement. Nous pouvons rapprocher cette observation à l'étude de Nyman, Josephsson et Isaksson (2012) qui montre l'importance du partage affectif pour les personnes âgées souffrant de dépression et présentant des difficultés à reprendre le contrôle de leur existence. Nous relevons pour le groupe 1 que le sujet ayant reçu le plus d'attention et de valorisation du groupe est également celui ayant le plus évolué au niveau du bien-être psychologique malgré un investissement moindre dans les réponses aux questions. Pour le groupe 2, nous avons observé un changement notable pour une participante en particulier. Mme H se dévalorise fréquemment, et lors d'une séance, elle nous confie la honte qu'elle ressent à participer aux animations car elle craint que l'on se moque d'elle par rapport à sa corpulence mais aussi à son handicap (à 20 ans elle eu son avant-bras sectionné lors d'un accident). Les autres participantes de l'atelier l'ont alors rassurée, et deux d'entre elles l'ont accompagnée le jour suivant à une activité. Depuis, bien qu'elle ne se rende pas à la totalité des animations, elle sélectionne celles qui seraient susceptibles de lui plaire et s'y rend. Nous pouvons voir que grâce à la bienveillance des autres participantes, elle a réussi à surmonter l'angoisse que pouvait lui procurer ces ateliers et y prend part avec plaisir. Ainsi, le fait de se reconnaître dans l'autre, de partager ensemble et de se sentir valorisée semble avoir une influence directe sur le bien-être psychologique. Cette observation du fonctionnement du groupe fait écho à l'expérience de Coopman et Janssen en 2010 dans laquelle ils avaient relevé que le groupe permet d'instaurer un espace transitionnel où s'accomplit un travail de mise en lien, donnant lieu à la mise en perspective de son histoire et à un retour sur celle-ci.

Concernant le lien entre le niveau d'alexithymie et les autres variables, il n'a pu être établi par l'analyse statistique. L'échantillonnage restreint pouvant être à l'origine de cet absence de lien. En effet, lorsque nous regardons l'amélioration des scores sur le plan individuel, nous remarquons que la réduction de l'alexithymie est souvent accompagnée d'une diminution d'une autre caractéristique. (cf. Tableau 8)

Bien que nous ne pouvons pas démontrer que la baisse du niveau de dépression et d'anxiété soit directement liée à l'utilisation du média, nous pouvons penser qu'il a probablement contribué à l'amélioration de ces troubles grâce à la comparaison avant/après la participation aux séances. A contrario, nous pouvons témoigner d'un lien direct entre l'utilisation de ce média et la consolidation de l'estime de soi ainsi que la diminution de l'alexithymie. En ce sens, nous pouvons valider notre hypothèse de départ concernant l'efficacité du média sur le bien-être psychologique. Nos observations nous permettent de valider en partie notre hypothèse sur l'effet du groupe, bien que de plus amples investigations seraient nécessaires pour affirmer cette validation. Néanmoins, il ne nous est pas possible de valider le lien potentiel entre l'alexithymie et la dépression, l'anxiété et l'estime de soi. En ce sens, il nous paraît important de nuancer nos résultats qui ne sont pas à interpréter comme une « solution miracle » à l'amélioration de ces troubles.

Notre recherche comporte un certains nombres de limites que nous allons développer. Nous pouvons d'abord évoquer la dimension individuelle de chaque sujet qui nous conduit à relever que l'effet du média varie aussi bien dans son champs d'action que dans son degré d'amélioration. En effet, nous observons que l'impact du média est différent d'une personne à une autre en fonction des problématiques rencontrées, des raisons qui les ont fait émerger et de la personnalité du sujet. Par exemple nous avons pu remarquer que l'efficacité du média s'est avéré moins importante chez les participantes qui souffraient d'une dépression antérieure à l'entrée en institution. De plus, nous pouvons observer des variations dans l'efficacité du média en lien avec la capacité à s'inscrire dans le lien groupal. L'article de Quélin Souligoux en 2003, met en avant que l'effet d'un média ne dépend pas seulement de l'objet qui est mis à disposition mais s'inscrit dans une créativité groupale partagée. Certains événements rencontrés par les participantes au cours des deux mois de séances, nous amène à prendre conscience que le média s'inscrit dans l'ici et maintenant. Nous pouvons penser que les événements de vie extérieurs aux ateliers impactent de façon significative les résidentes ce qui risque d'avoir des répercussions sur leur bien-être psychologique. Ceci ne pouvant pas être

contrôlé dans une recherche, c'est un biais à prendre en compte dans les limites de l'efficacité de ce support. Nous pouvons exposer l'exemple de Mme S (sujet 2) qui va désinvestir l'atelier (tout d'abord par sa présence puis par son comportement de retrait) suite à une réunion institutionnelle en présence de sa famille. Durant cette réunion, un échange douloureux va s'installer avec elle ce qui va la perturber les jours suivants. A l'issue des séances, nous remarquons que Mme S ne présente pas d'évolution concernant les scores obtenus aux échelles. Ainsi, ces événements de vie peuvent être déterminants de façon positive ou négative dans les résultats recueillis. Il a été difficile pour les participantes d'être présentes à chacune des huit séances en raison de problèmes de santé ou d'impératifs extérieurs (ex : rendez-vous médicaux), ce qui est un biais inévitable lorsqu'on travaille avec des personnes âgées institutionnalisées. Nous pouvons noter que nos participantes rencontrent des difficultés en lien avec certaines caractéristiques du support. En effet, l'écriture des questions sur les cartes est trop petite pour être lisible et nécessitent une aide constante de notre part. Il semble également que les questions jaunes faisant appel à l'imagination posaient des difficultés à l'ensemble de nos participantes. Nous pouvons nous demander si cette difficulté n'est pas caractéristique de la population âgée. Enfin, nos résultats doivent être interprétés avec précaution en raison de l'échantillonnage restreint de notre travail. Bien que notre étude porte sur deux groupes, le nombre de participants soulève la question de la généralité.

Malgré les limites exposées, nous pouvons relever un certain nombre d'aspects intéressants pouvant s'inscrire dans une pratique psychologique auprès des personnes âgées. L'aspect non intrusif des questions a été apprécié par les participantes. En effet, certaines résidentes ont pu exprimer en amont des réticences envers un éventuel caractère trop personnel de ces dernières; doute qui a été rapidement dissipés lors de la première séance. Les réponses apportées ont permis l'émergence de problématiques avec lesquelles nous avons pu travailler avec des résidentes qui étaient en souffrance lors de suivis thérapeutiques menés conjointement aux séances. L'aspect ludique et distrayant du média qui se présente comme un "jeu de société" a permis de réaliser un travail clinique et thérapeutique important et approfondi qui nous semble être en totale adéquation avec le travail de psychologue en EHPAD. Au-delà de créer une dynamique groupale et de favoriser les liens sociaux entre les résidentes, l'atelier a permis d'instaurer un climat bienveillant où chacune pouvait parler de ses souffrances, de ses difficultés, de ses peines mais aussi de ses joies, permettant à chaque participante de trouver un écho dans l'autre (Coopman et Janssen, 2010). C'est l'histoire de vie qui façonne l'identité des individus. C'est également le discours que nous émettons qui

fabrique la cohérence de notre histoire, et par là-même notre identité (Ricoeur, 1985). L'activité narratrice mise en place au sein de notre atelier a permis la réappropriation d'une identité qui inscrit chaque participante dans un rapport à soi, au monde et aux autres. L'individu est à la fois le produit d'une histoire individuelle, familiale et sociale ; il est aussi acteur de l'histoire. En se représentant son histoire, il opère une reconstruction du passé à laquelle il se rattache et essaie d'y trouver du sens pour se donner un sentiment d'identité (De Gaulejac, 2008).

De façon plus concrète, ce média est l'opportunité pour le psychologue de mettre en place un atelier thérapeutique différent des habituels ateliers cognitifs présents dans les institutions. Comme il ne fait pas appel à de bonnes ou de mauvaises réponses, il limite les risques de mise en échec et l'appréhension de ne pas savoir répondre aux questions. De ce fait, l'absence d'attente de performances permet au psychologue d'intégrer à cet atelier des personnes dont l'estime de soi a été mise à mal. L'utilisation du média va alors permettre d'effectuer un travail sur le sentiment de valeur personnelle de manière indirecte et non intrusive. Parallèlement, le support va permettre au psychologue d'aborder certains événements de vie, difficile à faire émerger lors d'un entretien psychologique. En effet, l'aspect moins formel permet à la personne de se détendre, de faire tomber certaines barrières psychiques et par ce processus, de faire place à plus de spontanéité dans le travail engendré. En ce sens, l'atelier se révèle être un parfait complément à nos suivis thérapeutiques. Il ne s'agit pas d'explorer le psychisme de l'individu à son insu mais de proposer un cadre différent et/ou complémentaire lorsque le suivi individuel se trouve dans une impasse. Au travers des questions proposées par les cartes, ce jeu a permis à chacune de s'exprimer, d'être écoutée, de découvrir et comprendre ce que vivent les autres qui peuvent ou non être dans la même situation. Les ateliers ont également permis de déclencher une prise de parole, de faciliter la communication entre les différents participants et de créer des liens sociaux forts qui ont perduré au-delà de la fin des ateliers. En somme, au vu des résultats obtenus et des retombées qu'il a induit, il nous semble important de faire reconnaître cet atelier en tant que tel et d'éclairer les futurs psychologues sur les bienfaits de la thérapie narrative qui, bien que novatrice est une pratique thérapeutique riche et pleine de promesses. Par ailleurs, au vu des liens que le partage d'informations sur soi dans un lieu intime peut créer, il nous semble pertinent d'apporter une réflexion sur l'utilisation du média dans une perspective familiale. En effet, notre expérience nous amène à penser que l'utilisation de ce support dans une thérapie familiale pourrait aider le travail du psychologue à faire le lien entre les différents membres.

Par l'intermédiaire de l'action du psychologue couplé aux questions du support, les personnes pourraient évoquer leurs valeurs, leurs ressentis et leurs problématiques tout en amenant des éléments de leur histoire personnelle parfois méconnus au sein de la fratrie. Finalement, il nous semble important de mettre en avant l'importance de l'accompagnement du psychologue dans la mise en place de ce média. En effet, nous avons pu remarquer que certaines questions induisent des moments lourds en charge émotionnelle parfois difficiles à contenir pour le groupe de participantes. Le psychologue est alors présent pour effectuer une régulation émotionnelle et apporter un soutien affectif par une reformulation ou une mise en perspective de l'affect douloureux.

Il serait pertinent de pousser nos investigations auprès d'une population plus large pour confirmer nos résultats. Aussi, il aurait pu être intéressant d'insérer d'autres variables à notre étude, telles que le genre, ou encore la présence de troubles cognitifs et ainsi de faire des comparaisons entre différents groupes et observer si l'impact du média diffère en fonction des différentes problématiques. Enfin, Altintas, Majchrzak, Leconte et Guerrien en 2010 ont montré que l'adaptation de la personne âgée à sa résidence pouvait être favorisée par la participation aux activités et la motivation vis-à-vis de ces dernières, en ce sens, nous pouvons nous demander si cet outil pourrait s'inscrire dans un processus thérapeutique à l'entrée en institution ? Il semblerait intéressant d'intégrer au groupe une personne présentant des difficultés au moment de l'entrée en institution afin de tester son efficacité sur la variable "adaptation".

## **Conclusion**

En conclusion, cette étude est exploratoire et permet de lier la thérapie narrative à la question du bien-être psychologique chez des personnes âgées institutionnalisées à travers l'utilisation d'un média. Elle s'inscrit dans une problématique actuelle dans laquelle la prise en charge des troubles anxio-dépressifs en institution pose question. Bien que l'étude reste à développer, elle permet d'apporter une alternative thérapeutique à la prise en charge psychologique.

## Bibliographie

Alaphilippe, D. (2008). Evolution de l'estime de soi chez l'adulte âgé. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 6(3), 167-176.

Alaphilippe, D., Fontaine, R., & Personne, M. (2013). *Difficultés et réussites de la vie en établissements pour personnes âgées*. Eres.

Altintas, E., Majchrzak, G., Leconte, C., & Guerrien, A. (2010). Adaptation des aînés à la résidence pour personnes âgées: Activité de loisirs et autodétermination. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 29(04), 557-565.

Anzieu, D., (1984). Le groupe et l'inconscient. *L'imaginaire groupal*, Paris, Dunod.

Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 23-32.

Beekman, A. T., de Beurs, E., van Balkom, A. J., Deeg, D. J., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life : co-occurrence and communality of risk factors. *American journal of psychiatry*, 157(1), 89-95.

Betbèze, J., (2010). Michael White 1948-2008. *Hypnose & Thérapies brèves* (16), 60-65.

Boudreault, A., & Ntetu, A. L. (2006). Toucher affectif et estime de soi des personnes âgées. *Recherche en soins infirmiers*, (3), 52-67.

Bourque, P., Blanchard, L., & Vézina, J. (1990). Étude psychométrique de l'Échelle de dépression gériatrique. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 9(04), 348-355.

Bréjard, V., Bonnet, A., & Pardinielli, J. L. (2011, July). Relations entre dimensions émotionnelles et symptômes somatiques: effets médiateurs de la dépression et de l'alexithymie. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 169, No. 6, pp. 354-360). Elsevier Masson.

Brouillet, D., & Syssau, A. (1997). *La maladie d'Alzheimer: mémoire et vieillissement*. Presses universitaires de France.

Brown, L. M., & Schinka, J. A. (2005). Development and initial validation of a 15-item informant version of the Geriatric Depression Scale. *International journal of geriatric psychiatry*, 20(10), 911-918.

Collette, F., & Salmon, E. (2014). Les effets du vieillissement normal et pathologique sur la cognition The effect of normal and pathological aging on cognition.

Coopman, A. L., & Janssen, C. (2010). La narration de soi en groupe: le récit comme tissage du lien social. *Cahiers de psychologie clinique*, (1), 119-134.

- Debacq, E. (2009). Le droit au choix des résidents en Ehpad, un engagement du projet d'établissement face aux contraintes institutionnelles.
- Djaoui, E. (2011). Approches de la «culture du domicile». *Gérontologie et société*, (1), 77-90.
- Dorange, M. (2005). Entrée en institution et paroles de vieux. *Gérontologie et société*, 112(1), 123-139.
- Dressaire, D., & Brouillet, D. (2006). Effets de la vie en institution des personnes âgées sur leurs stratégies de faire face et sur leur difficulté à verbaliser leurs émotions (alexithymie). *Bulletin de psychologie*, (6), 605-613.
- Frémont, P. (2004). Aspects cliniques de la dépression du sujet âgé. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 2(1), 19-27.
- Galand, B., Boudrenghien, G., & Rose, A. (2012). Buts personnels, orientations motivationnelles et bien-être subjectif : Effets indépendants ou médiatisés?. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 44(2), 158.
- Gauthier, J., & Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 25(4), 559.
- Giffard, B., Desgranges, B., & Eustache, F. (2001). Le vieillissement de la mémoire: vieillissement normal et pathologique. *Gérontologie et société*, (2), 33-47.
- Hauwel-Fantini, C., & Pedinielli, J. L. (2008, May). De la non-expression à la surexpression des émotions ou comment l'expérience émotionnelle repose la question des liens entre sexe, alexithymie et répression. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 166, No. 4, pp. 277-284). Elsevier Masson.
- Jafari, L., Hashemian, K., & Mohammadi, A. Z. (2015). The Impact of Narrative Therapy with Creative Drama On Orphan Children Self Esteem. *European Psychiatry*, 30, 1649.
- Joël, M. E. (2003). Les conditions de vie des personnes âgées vivant à domicile d'après l'enquête HID. *Revue Française des affaires sociales*, 1(1), 103-122.
- Kuhnel, M. L., El Iraki, I., Tranchant, M., & Aspe, G. (2010). Prévalence de la dépression en EHPAD: nécessité d'une approche gérontopsychiatrique. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 10(57), 111-115.
- Lépine, J. P., Lellouch, J., Lovell, A., Téhérani, M., & Pariente, P. (1994). L'épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs dans une population générale française. *Confrontations psychiatriques*, (35), 139-161.
- Loas, G. (2010, November). L'alexithymie. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 168, No. 9, pp. 712-715). Elsevier Masson.

- Loas, G., Otmani, O., Fremaux, D., Lecercle, C., Duflot, M., & Delahousse, J. (1996). Etude de la validité externe, de la fidélité et détermination des notes seuils des échelles d'alexithymie de Toronto (TAS et TAS-20) chez un groupe de malades alcooliques. *L'encéphale*, 22(1), 35-40.
- Lôo, H., & Gallarda, T. (2000). *Troubles dépressifs et personnes âgées*. John Libbey Eurotext.
- Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Fassnacht, D. B., Machado, P. P., & Sousa, I. (2014). Long-term effects of psychotherapy on moderate depression: A comparative study of narrative therapy and cognitive-behavioral therapy. *Journal of affective disorders*, 167, 64-73.
- Macia, E., Chapuis-Lucciani, N., & Boëtsch, G. (2007). Stéréotypes liés à l'âge, estime de soi et santé perçue. *Sciences sociales et santé*, 25(3), 79-106.
- Mantovani, J., Rolland, C., & Andrieu, S. (2008). Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile. *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*.
- Marchand, M., Halimi-Falkowicz, S., & Joule, R. V. (2009). Comment aider les résidents d'une maison de retraite à librement décider de participer à une activité sociale? Toucher, «vous êtes libre de...» et pied-dans-la-porte. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 59(2), 153-161.
- Mori, S., & Rouan, G. (2011). *Les thérapies narratives* (pp. 57-74). 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.
- Poncelet, V. (2008). Récit de vie et aide thérapeutique. In *Intervenir par le récit de vie* (pp. 291-312). ERES.
- Prévoit, J. (2012). L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007.
- Rahmani, P., & Moheb, N. (2010). The effectiveness of clay therapy and narrative therapy on anxiety of pre-school children: a comparative study. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 23-27.
- Rangaraj, J., & Pelissolo, A. (2006). Troubles anxieux chez le sujet âgé: aspects cliniques et thérapeutiques. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 4(3), 179-187.
- Rigaud, A. S., Bayle, C., Latour, F., Lenoir, H., Seux, M. L., Hanon, O., ... & De Rotrou, J. (2005). Troubles psychiques des personnes âgées. *EMC-Psychiatrie*, 2(4), 259-281.
- Soullignac, R., Calzada, G., Meid, S., Khazaal, Y., & Khan, R. (2011). Thérapie narrative de groupe en alcoologie: Construire ensemble de nouvelles histoires de vie. *Alcoologie et addictologie*, 33(4), 345-349.
- Thomas, P., & Hazif-thomas, C. (2008). Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. *Gérontologie et société*, (3), 141-155.

Trouillet, R., & Gély-Nargeot, M. C. (2009, March). Mécanismes de défense et dépression du sujet âgé institutionnalisé. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 167, No. 2, pp. 119-126). Elsevier Masson.

Vallieres, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International journal of psychology*, 25(2), 305-316.

Volant, S. (2014). 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011.

White, M. K., & Epston, D. (2003). *Les moyens narratifs au service de la thérapie*. Satas.

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. WW Norton & Company.

### **Article internet**

Charles Roy : [http://www.spg.qc.ca/apq/documentsWeb/sept04\\_approche\\_narrative.pdf](http://www.spg.qc.ca/apq/documentsWeb/sept04_approche_narrative.pdf)

# **ANNEXES**

Annexe 1 : Protocole de recherche

<b>CONSENTEMENT DE PARTICIPATION A L'ETUDE</b>
--

Mlle Mélissa JULIA/ Julie PECHAUBES 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 A CETTE RECHERCHE DANS LES CONDITIONS  
PRECISEES 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 le garanti 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 :

## EES (Rosenberg)

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 réponse 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 d'accord).

	<b>Tout à fait en désaccord</b>	<b>Plutôt en désaccord</b>	<b>Plutôt en accord</b>	<b>Tout à fait en désaccord</b>
1. Je pense que je suis une personne de valeur au moins égal(e) à n'importe qui d'autre.				
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.				
3. Tout bien considéré, je suis porté(e) à me considérer comme un(e) raté(e).				
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.				
5. Je sens peu de raison d'être fier(e) de moi.				
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.				
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi.				
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.				
9. Parfois, je me sens vraiment inutile.				
10. Il m'arrive de penser que je suis un(e) bon(ne) à rien.				

**STAI Forme Y-A et Y-B**

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 proposée.

	<b>Non</b>	<b>Plutôt non</b>	<b>Plutôt oui</b>	<b>Oui</b>
1. Je me sens calme.				
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté.				
3. Je me sens tendu(e), crispé(e).				
4. Je me sens surmené(e).				
5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau.				
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e).				
7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment.				
8. Je me sens content(e).				
9. Je me sens effrayé(e).				
10. Je me sens à mon aise.				
11. Je sens que j'ai confiance en moi.				
12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable.				
13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur).				
14. Je me sens indécis(e).				
15. Je suis décontracté(e), détendu(e).				
16. Je suis satisfait(e).				
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse)				
18. Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e).				
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e).				
20. Je me sens de bonne humeur, aimable.				

	<b>Presque jamais</b>	<b>Parfois</b>	<b>Souvent</b>	<b>Presque toujours</b>
21. Je me sens de bonne humeur, aimable.				
22. Je me sens nerveux (nerveuse) et agité(e).				
23. Je me sens content(e) de moi.				
24. Je voudrais être aussi heureux (heureuse) que les autres semblent l'être.				
25. J'ai un sentiment d'échec.				
26. Je me sens reposé(e).				
27. J'ai tout mon sang-froid.				
28. J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à tel point que je ne peux plus les surmonter.				
29. Je m'inquiète à propos de choses sans importance.				
30. Je suis heureux(se)				
31. J'ai des pensées qui me perturbent.				
32. Je manque de confiance en moi.				
33. Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté ?				
34. Je prends facilement des décisions.				
35. Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur.				
36. Je suis satisfait(e).				
37. Des idées sans importance trottent dans ma tête, me dérangent.				
38. Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement.				
39. Je suis une personne posée, solide, stable.				
40. Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis.				

## Échelle GDS-15

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
1. Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?		
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?		
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?		
4. Vous ennuyez-vous souvent ?		
5. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?		
6. Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?		
7. Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ?		
8. Avez-vous le sentiment d'être désormais faibles ?		
9. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que de sortir ?		
10. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?		
11. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?		
12. Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ?		
13. Avez-vous beaucoup d'énergie ?		
14. Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ?		
15. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ?		

**TAS 20**

Indiquez en utilisant la grille qui figure ci-dessous, à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacune des affirmations qui suivent.

Ne donnez qu'une réponse sur chaque assertion : (1) désaccord complet ; (2) désaccord relatif ;

(3) ni accord ni désaccord ; (4) accord relatif ; (5) accord complet.

	1	2	3	4	5
	Désaccord complet	Désaccord relatif	Ni accord Ni désaccord	Accord relatif	Accord complet
1. Souvent je ne vois pas très clair dans les sentiments.					
2. J'ai du mal à trouver des mots qui correspondent bien à mes sentiments.					
3. J'éprouve des sensations physiques que les médecins eux-mêmes ne comprennent pas.					
4. J'arrive facilement à décrire mes sentiments.					
5. Je préfère analyser les problèmes plutôt que de me contenter de les décrire.					
6. Quand je suis bouleversé(e), je ne sais pas si je suis triste, effrayé(e) ou en colère.					
7. Je suis souvent intrigué(e) par des sensations au niveau de mon corps.					
8. Je préfère simplement laisser les choses se produire plutôt que de comprendre pourquoi elles ont pris ce tour.					
9. J'ai des sentiments que je ne suis guère capable d'identifier.					
10. Être conscient de ses émotions est essentiel.					

11. Je trouve difficile de décrire mes sentiments sur les gens.					
12. On me dit de décrire davantage ce que je ressens.					
13. Je ne sais ce qui se passe à l'intérieur de moi.					
14. Bien souvent, je ne sais pas pourquoi je suis en colère.					
15. Je préfère parler aux gens de leurs activités quotidiennes plutôt que de leurs sentiments.					
16. Je préfère regarder des émissions de variété plutôt que des films dramatiques.					
17. Il m'est difficile de révéler mes sentiments intimes même à mes amis très proches.					
18. Je peux me sentir proche de quelqu'un même pendant les moments de silences.					
19. Je trouve utile d'analyser mes sentiments pour résoudre mes problèmes personnels.					
20. Rechercher le sens caché des films ou de pièces de théâtre perturbe le plaisir qu'ils procurent.					

Annexe 2 : Grille d'observation

<b>Date :</b>					
<b>Grille d'observation :</b> <u>Numéro séance</u> (Durée ...)					
<b>Observation générale :</b>					
<b>Sujet 1</b>	<b>Tour 1</b>	<b>Tour 2</b>	<b>Tour 3</b>	<b>Tour 4</b>	
	Rose/ Émotions				
	Jaune/ Imaginaire				
<b>Questions</b>	Bleue/ Récit de vie				
	Verte/ Valeur				
<b>Discours</b> (Cohérence, Créativité, Hésitation, Détail)					
<b>Comportement/ Communication non verbale</b> (Détendu - Souriant Anxieux - Nerveux Refus)					
<b>Relations interactions</b>					

### Annexe 3

Tableau 9 : Répartition du nombre de sujets par niveau d'estime de soi avant et après l'utilisation du média.

	<b>Avant</b>	<b>Après</b>
<b>EES très faible</b>	4	1
<b>EES faible</b>	5	1
<b>EES dans la moyenne</b>	-	4
<b>EES forte</b>	-	3
<b>EES très forte</b>	-	-

## Annexe 4

Tableau 10 : Répartition du nombre de sujets par niveau d'anxiété « état » et « tait » avant et après l'utilisation du média.

Niveau d'anxiété		Minimal	Faible	Modéré	Élevé	Très élevé
<b>STAI-YA</b>	Avant	2	4	2	1	-
	Après	4	1	4	-	-
<b>STAI-YB</b>	Avant	-	1	5	2	1
	Après	2	4	2	-	1

## Annexe 5

Tableau 11 : Répartition du nombre de sujets par niveau de dépression avant et après l'utilisation du média.

	<b>Avant</b>	<b>Après</b>
<b>Absence de dépression</b>	-	5
<b>Forte probabilité de dépression</b>	8	3
<b>Dépression</b>	1	1

## Annexe 6

Tableau 12 : Répartition du nombre de sujets par niveau d'Alexithymie avant et après l'utilisation du média.

	<b>Avant</b>	<b>Après</b>
<b>Non-alexithymie</b>	2	4
<b>Alexithymie possible</b>	1	-
<b>Alexithymie</b>	6	5

## Annexe 7 : Analyse quantitative du déroulé des séances par participante.

**Sujet 1** : Au niveau des relations et interactions, nous relevons leurs présences en grand nombre couplés d'une attitude bienveillante à l'égard des autres participantes : valorise le discours des autres résidentes. Concernant le discours personnel, il est cohérent et ancré dans sa réalité. Il peut parfois se montrer très chargé en émotion et dévalorisant. Cependant, nous observons au fil des séances un discours de plus en plus positif même lorsque celui-ci est émotionnellement lourd pour la résidente. Aussi, nous remarquons que peu de détails sont mentionnés lors des questions jaunes faisant appel à l'imagination. De plus, au cours des ateliers, de plus en plus de détails vont être énoncés lors des réponses aux questions. La participante présentera un comportement détendue et souriant lors de la quasi-totalité des séances.

En ce qui concerne l'évolution du bien-être psychologique, nous remarquons que la participante diminue son score d'anxiété trait, passant du niveau modéré au niveau faible. Aussi, elle ne présente plus de possible alexithymie et de signes dépressifs après les séances. Cependant, nous pouvons voir que l'estime de soi reste très faible, le sentiment d'inutilité persistant.

**Sujet 2** : De façon générale, cette participante s'investit dans les échanges interpersonnels et adopte une attitude de soutien lorsqu'une des résidentes présente des difficultés à répondre à une question. Lors des 4 premières séances, nous observons un discours cohérent et détaillé, plongé la plupart du temps, dans des souvenirs mais aussi dans sa réalité actuelle. Nous relevons aussi une part de créativité dans certaines de ses réponses. Cependant, suite à une réunion institutionnelle en présence de sa famille, la résidente refusera de participer à la 5ème séance puis reviendra à la 6ème. Nous observons alors une attitude plus renfermée, accompagnée d'un discours plus hésitant. À la 7ème séance, le discours reviendra cohérent et détaillé mais sera ancré d'éléments douloureux. Enfin, nous percevons à la dernière séance un retour au premier schéma énoncé.

Concernant l'évolution du bien-être psychologique, nous ne remarquerons pas de changement notable.

**Sujet 3 :** Concernant les interactions, mis à part à deux séances où la participante se dit fatiguée, l'échange est présent et spontané. Aussi, la participante prend l'habitude de commenter le discours des autres résidentes afin d'engager une discussion. Lors des 4 premières séances le discours est cohérent mais peu détaillé et parfois hésitant. C'est à partir de la 5ème séance qu'un changement radical va s'opérer concernant le contenu du discours qui va devenir beaucoup plus détaillé et ancré dans son expérience personnelle. Nous relevons également une capacité à se projeter dans l'imaginaire. De plus, la participante semble utiliser l'humour lorsqu'elle ne souhaite pas répondre à une question.

Au sujet du bien-être psychologique, nous relevons une diminution du niveau d'anxiété trait passant de modéré à minimal, ainsi qu'une légère amélioration au score de dépression.

**Sujet 4 :** Concernant les échanges, ils sont présents et spontanée mais principalement adressés vers l'expérimentateur ou le sujet 1. La participante présente un discours hésitant et peu détaillé, elle refuse parfois de répondre à la question disant « je ne sais pas quoi dire » (notamment lors des questions faisant appel à l'imagination). Le discours devient beaucoup plus détaillé lorsque la question ne lui est pas adressée. En effet, nous pouvons percevoir des signes de nervosité lorsque son tour arrive. En raison d'un problème médical, elle ne pourra pas venir à la 5ème séance. Lors des séances 6 et 7, nous relevons un changement notable, le discours devenant beaucoup plus détaillé. Puis la séance numéro 8 s'inscrit dans la première dynamique. Nous relevons un discours abondant lorsque la réponse lui vient directement à l'esprit, dans le cas contraire, l'hésitation semble bloquer l'élaboration. Elle recevra tout au long des séances un soutien important de la part des autres participantes, lui indiquant des perspectives de réponses lorsqu'elle se trouve en difficulté et la valorisant dans son discours.

En ce qui concerne l'évolution du bien-être psychologique, nous relevons une légère amélioration de l'estime de soi passant de faible à la moyenne. Une baisse considérable du niveau d'anxiété trait passant de modéré à minimal et des signes dépressifs qui ne sont plus présents lors de la deuxième passation. De plus, la participante passe d'un score indiquant la présence d'alexithymie à un score indiquant l'absence d'alexithymie.

**Sujet 5 :** La participante a adopté un comportement détendue et souriant sur l'ensemble des 8 séances. Après des débuts discrets, Madame T s'est petit à petit ouverte aux autres, et n'hésitait pas à échanger avec les autres dames pendant leurs tours ainsi qu'à donner son avis. Ses réponses ont toujours été cohérentes, même si les questions "jaunes" lui ont

demandé plus de réflexion et étaient moins détaillées. Elle nous faisait part de son plaisir de venir à l'atelier et de pouvoir échanger avec les autres participantes

En ce qui concerne l'évolution du bien-être psychologique, nous remarquons que la participante diminue son score d'anxiété trait, passant du niveau modéré au niveau faible. Avant les séances, Mme T présentait une alexithymie maintenant son score est un peu plus nuancé et elle présenterait une possible alexithymie. Aussi, elle ne présente plus de signes dépressifs après les séances. Nous pouvons voir que l'estime de soi est passée de faible à forte.

**Sujet 6** : Mme M est une dame discrète et qui aime rester en retrait. Elle participe peu ou pas aux échanges. Lors des premiers ateliers, ses réponses bien que cohérentes sont courtes et peu détaillées. Les questions "jaunes" semblent la mettre en réelle difficulté, à chaque fois qu'elle tombait sur l'une d'entre elles, Mme M soufflait, elle disait ne pas comprendre l'intérêt de ces questions, et ne pas savoir quoi répondre et parvient à y répondre avec l'aide des autres dames qui lui "soufflent" des idées de réponses.

Concernant l'évolution du bien-être psychologique, nous pouvons observer que son estime de soi passe de faible à forte, mais nous ne notons pas de différences notables sur les autres échelles.

**Sujet 7** : Nous avons pu observer une évolution bénéfique tout à long des séances. Mme H ne participe habituellement à aucune animation, ou aucun atelier qui lui sont proposés. Elle préfère rester dans sa chambre à regarder la télé. A la fin de la 1ère séance, elle me fait part de sa réserve quant au fait de revenir lors de la seconde séance car elle ne se sentait pas à l'aise. Elle revint la semaine suivante, ses réponses furent alors plus élaborées. Pendant la 4ème séance, elle a noué une relation amicale avec sa voisine d'en face Mme P, si bien que parfois, elles laissaient peu de place aux participantes lors de leurs échanges (relation qui a perduré jusqu'à la fin des 8 séances). Mme H se dévalorise fréquemment, et lors d'une séance, nous fait part de la honte qu'elle a à descendre pour participer aux activités proposées, et la crainte qu'elle éprouve à ce qu'on se moque d'elle. Les dames de l'atelier l'ont alors rassuré, et deux d'entre elles l'ont accompagné le jour suivant à l'animation proposée. Bien que Mme H ne se rende pas à la totalité des animations, elle sélectionne celles qui seraient susceptibles de lui plaire et y prend part.

Au sujet du bien-être psychologique, lors de la seconde passation Mme H ne présente plus d'alexithymie

**Sujet 8** : Mme P présente dès le début de la première séance des réponses détaillées, elle échange également beaucoup avec ses voisines. Elle utilise beaucoup l'humour dans ses réponses même si certaines traduisent une vraie souffrance. En effet, il n'y a pas eu une séance où Mme P ne parlait pas du fait de se retrouver seule en EHPAD, elle souffre beaucoup de ne pas voir sa fille suffisamment selon elle, elle se sent "aux oubliettes", cette expression revient fréquemment au fil des séances. Son discours fait écho à celui des autres participantes qui essayaient de la reconforter sur les bénéfices qu'elle avait d'être ici (en sécurité...).

En ce qui concerne l'évolution du bien-être psychologique, nous relevons qu'elle ne présente plus de signes dépressifs lors de la deuxième passation. Son estime de soi passe de faible à forte. De plus, la participante passe d'un score indiquant la présence d'Alexithymie à un score indiquant l'absence d'alexithymie.

**Sujet 9** : Mme E est une dame qui lors de la 1ère séance était sur la réserve. Au fil des séances, Mme E a élaboré des réponses plus détaillées, et rebondissait sur les réponses des autres participantes. Les questions "jaunes" la mettaient à mal, elle nous fait part en aparté de sa difficulté à comprendre les questions et a peur de passer pour une idiote si elle se "trompe" en répondant. Les dames de l'atelier ont mis en place un cadre bienveillant autour d'elle, ce qui lui a permis de se détendre et de rigoler de certaines questions avec ces dernières. En ce qui concerne l'évolution du bien-être psychologique, nous notons, que lors de la seconde passation, Mme E ne présente plus de signes dépressifs, et d'alexithymie. Son estime de soi est également passée de très faible à forte.