

Johanna Bonaccorso

N° 18908379

06.26.71.65.37

Johanna.bonaccorso@hotmail.fr



Mémoire Master 1 : Parcours Psychologie du développement :

Éducation, troubles et problématiques actuelles

« Les effets du jeu de thérapie narrative
”des récits et des vies” sur les troubles
anxieux et dépressifs chez les personnes
âgées en EHPAD »

TRAVAIL réalisé sous la direction de Mme Émeline SPOR

ANNEE 2021-2022

Session 1

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	3
RESUME	4
ABSTRACT	5
CADRE THEORIQUE	7
I. L'anxiété et la dépression chez les personnes âgées en EHPAD	7
1. L'ANXIETE CHEZ LES PERSONNES AGEES EN EHPAD.....	8
1.1 Définition de l'anxiété.....	8
1.2 Spécificités de l'anxiété chez les personnes âgées	8
1.3 Prise en charge de l'anxiété chez les personnes âgées.....	9
2. LA DEPRESSION CHEZ LES PERSONNES AGEES EN EHPAD	10
2.1 Définition de la dépression	10
2.2 Particularités chez les personnes âgées.....	11
2.3 Conséquences majorées chez les personnes âgées	12
2.4 Difficulté de diagnostic chez les personnes âgées	13
2.5 Prise en charge de la dépression chez les personnes âgées.....	14
II. L'utilisation de la thérapie narrative comme traitement des troubles anxieux et dépressifs chez les personnes âgées en EHPAD.....	15
1. LA NARRATION.....	15
1.1 La thérapie narrative.....	15
1.2 L'identité dans la narration et les récits de vie	16
1.3 La narration au sein d'un groupe	17
1.4 Les effets de la thérapie narrative	18
2. PRESENTATION DU JEU : « DES RECITS ET DES VIES ».....	19
PROBLEMATIQUE	21
HYPOTHESES	22
1. Hypothèses théoriques.....	22
2. Hypothèses opérationnelles	23
METHODOLOGIE	23
1. Cadre de la recherche	23
1.1 Participants	23
1.2 Matériels.....	24
1.2.1 Inventaire d'anxiété état-trait de SPIELBERGER (1983)	25
1.2.2 Échelle gériatrique de dépression de Brink et Yesavage (1983)	26
1.3 Procédure	26
1.4 Variables et logiciels de traitement statistique	28
RESULTATS	29
1. Statistiques descriptives	29
1.1 Lien entre la participation au jeu « des récits et des vies » et les scores à l'échelle GDS – (Échelle gériatrique de dépression)	29
1.2 Lien entre la participation au jeu « des récits et des vies » et les scores à l'échelle STAI-Y – (Inventaire d'anxiété état-trait)	30
1.2.1 l'échelle STAI-Y – (Inventaire d'anxiété état) forme Y-A.....	30
1.2.2 l'échelle STAI-Y – (Inventaire d'anxiété trait) forme Y-B.....	30
2. Statistiques inférentielles.....	31
2.1 Le Test-T à échantillon apparié (Annexe 5).....	31
2.2 Comparaison pré et post-test des scores à l'échelle GDS – (Échelle gériatrique de dépression)	31
2.3 Comparaison pré et post-test des scores à l'échelle STAI-Y – (Inventaire d'anxiété état) forme Y-A.....	31
2.4 Comparaison pré et post-test des scores à l'échelle STAI-Y – (Inventaire d'anxiété trait) forme Y-B.....	32
DISCUSSION.....	32
Interprétation des résultats	32
Limites	35
Perspectives	37
CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE	39
ANNEXES	44

Remerciements

Je tiens à remercier Mme SPOR, ma directrice de mémoire, pour ses conseils avisés et précieux durant toute la rédaction de cette recherche.

Je remercie le directeur de l'EHPAD dans lequel se sont déroulées les passations de tests, ainsi que chaque résident ayant accepté de participer à mon étude, sans qui cette recherche n'aurait pas pu être réalisée.

Je remercie également Mme J., psychologue pour ses conseils et le prêt des tests.

Enfin, je tiens à remercier mes proches pour leur soutien et la relecture de ce mémoire.

Résumé

L'objectif de l'étude est de présenter les effets du jeu "des récits et des vies", basé sur la thérapie narrative, sur les troubles anxieux et dépressifs chez les personnes âgées de plus de 80 ans institutionnalisées en EHPAD.

L'étude a été menée sur un échantillon de douze sujets qui ont participé à dix séances à raison de deux fois par semaine. Pour évaluer leur niveau de dépression et d'anxiété, des tests ont été passés avant et après la mise en place des ateliers. Il s'agit de deux échelles : la STAI-Y – (Inventaire d'anxiété état-trait) de Spielberger (1983) et la GDS – (Échelle gériatrique de dépression) de Brink et Yesavage (1983).

Les résultats permettent de montrer que la participation à des séances de jeu « des récits et des vies » diminue significativement les scores aux échelles de dépression et d'anxiété

Mots clefs : dépression, anxiété, personnes âgées, approche narrative

Abstract

The objective of the study is to present the effects of the game "Stories and Lives", based on narrative therapy, on anxiety and depressive disorders in elderly people over 80 years old institutionalized in EHPAD.

The study was conducted on a sample of twelve subjects who participated in ten sessions twice a week. To evaluate their levels of depression and anxiety, tests were taken before and after the workshops. Two scales were used: the STAI-Y (State-Trait Anxiety Inventory) by Spielberger (1983) and the GDS (Geriatric Depression Scale) by Brink and Yesavage (1983).

The results show that participation in "stories and lives" game sessions significantly reduces scores on depression and anxiety scales.

Key words: depression, anxiety, elderly people, narrative approach

Introduction

Le vieillissement est un processus commun à tous les êtres vivants. Il s'agit d'une étape normale de la vie, définie comme « l'affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques dû à l'âge » (Larousse, s.d). Dans cette problématique du vieillissement psychologique, l'institutionnalisation est dépeinte comme un événement particulier, imposant une rupture entre une vie passée (autonome, à domicile) et un avenir en communauté (Trouillet et Gély-Nargeot, 2009). Ces changements de la vie quotidienne constitueraient des facteurs à risque favorisant l'apparition de troubles anxieux et dépressifs. En sus, le risque de détérioration du fonctionnement cognitif, physique et social est plus élevé au grand âge que chez les plus jeunes (Blazer, 2003). De même, le diagnostic des troubles dépressifs et anxieux demeure complexe en raison des comorbidités liées à l'âge.

Parallèlement à ce constat et afin d'apporter des moyens d'action, il semble judicieux d'analyser l'efficacité de la participation de personnes âgées présentant des troubles anxieux et dépressifs résidant en EHPAD à des ateliers construits autour du jeu « des récits et des vies » (Chavelli, 2017), basé sur la thérapie narrative.

Dans une première partie, le cadre théorique sera exposé reprenant les concepts fondamentaux de l'étude. Ainsi, l'anxiété, la dépression, l'approche narrative seront développées. Une synthèse des différentes études permettra de mettre en évidence les bienfaits de la thérapie narrative. En découleront la problématique et les hypothèses de l'étude.

Dans une seconde partie, la méthodologie mise en œuvre, les résultats obtenus et leurs interprétations seront exposés. Pour terminer, une discussion permettra d'examiner les résultats et d'effectuer un lien avec les études existantes, mais aussi de mettre en évidence les possibles perspectives et les limites de l'étude.

Cadre Théorique

I. L'anxiété et la dépression chez les personnes âgées en EHPAD

L'institutionnalisation en EHPAD est un phénomène récent, lié à l'accroissement de l'espérance de vie et le vieillissement de la population. Ces décisions de placement émanent principalement de la demande des familles, d'un tiers ou encore d'un organisme (Badey-Rodriguez, 2005).

Cet événement est majeur dans le parcours des personnes âgées et bouleverse les habitudes de vie, sollicitant leur capacité d'adaptation (Ponty et al., 2017). Badey-Rodriguez (2005) exprime que l'entrée en institution constitue une menace de la perte d'identité. En effet, de nombreux résidents évoquent la difficulté d'abandonner leur maison ou leur appartement, leurs mobiliers, leurs objets et leurs effets personnels. Également, la part accordée à la prise d'initiative et de décision est limitée voire absente en institution. L'adaptation est à nouveau sollicitée : les soins, les repas, les activités se font en fonction d'un programme et non du résident. De plus, la prise en charge d'une personne âgée dépendante peut naturellement faire oublier aux soignants que celle-ci a une part d'autonomie, de décision et est en capacité de s'exprimer.

L'équipe soignante, pensant bien faire, peut perdre de vue la volonté propre des résidents (Debacq, 2009).

Ainsi, le milieu institutionnel peut exposer à des troubles anxieux et dépressifs ou bien présenter un risque d'aggravation de ces troubles chez les séniors qui y séjournent.

Les spécificités liées à l'âge et la problématique de prise en charge de ces troubles questionnent sur les alternatives thérapeutiques à mettre en place.

1. L'anxiété chez les personnes âgées en EHPAD

1.1 Définition de l'anxiété

L'anxiété peut être caractérisée par un sentiment subjectif de peur, de menace, s'accompagnant de transformations physiologiques et comportementales propres. D'un point de vue cognitif, l'anxiété est la tendance à appréhender les stimuli menaçants comme dangereux et à y répondre en mettant en place un ensemble de conduites pré-attentionnelles, attentionnelles et interprétatives (Bardel et Colombel.,2009).

L'anxiété se présente dans quatre registres : comportemental (comportements d'évitement, hypervigilance, etc.), émotionnel (peur, voire panique), cognitif (ruminations, représentations menaçantes, etc.), et somatique (oppression thoracique, tension musculaire, etc.). Elle est considérée comme pathologique lorsqu'elle est inadaptée ou trop intense entraînant un handicap professionnel ou social (Lebeau, 2018).

En outre, elle se distingue en deux catégories : l'anxiété momentanée et l'anxiété habituelle. La première renvoie à l'anxiété-état caractérisée par l'anxiété actuelle ressentie par le sujet. La seconde, l'anxiété-trait correspond à une disposition individuelle relativement stable à éprouver de l'anxiété (Bardel et Colombel.,2009).

1.2 Spécificités de l'anxiété chez les personnes âgées

L'étude de Trouillet et Gély-Nargeot, (2009) montre que l'anxiété état et la dépression sont significativement plus élevées chez les sujets institutionnalisés. De plus, ils observent une augmentation significative du niveau de dépression, mais aussi de l'état anxieux du sujet âgé. L'institutionnalisation n'engendrerait pas seulement une altération de l'humeur, mais

également une augmentation simultanée des symptômes dépressifs et anxieux. Ainsi, elle induirait un état anxieux temporaire mais aucune modification de la personnalité du sujet.

En outre, Monfort (2001) définit trois types de plaintes qui peuvent être entendus chez les personnes âgées ayant un état anxieux : les ruminations anxieuses, les plaintes corporelles et d'insomnies. Les ruminations anxieuses sont centrées sur certains thèmes chez les personnes très âgées : perte d'autonomie, solitude, idée de mort ou suicidaire ... De plus, les manifestations observables sont très variables : elles peuvent être verbalisées ou bien aux contraires tues, permanentes ou associées à des angoisses somatiques. Les plaintes corporelles peuvent attester d'un investissement abusif du corps. Les plaintes d'insomnies, même répétées, sont souvent normales à cet âge, le sommeil étant scindé de manière physiologique.

Enfin, divers facteurs de stress tels qu'une maladie curable ou non, la prise en charge d'un conjoint malade, le poids de la solitude, l'échec dans un projet très investi ou encore l'entrée en EHPAD vont probablement retentir sur le niveau d'anxiété (Thomas et Hazif-Thomas, 2008).

1.3 Prise en charge de l'anxiété chez les personnes âgées

Les particularités de l'anxiété chez les personnes âgées engendrent une adaptation des méthodes thérapeutiques et des traitements. Cependant, au vu des effets iatrogènes, l'approche non-médicamenteuse devient une démarche à favoriser dans le soin de ces sujets (Engasser et al., 2015).

Certains médicaments sont utilisés en complément d'une psychothérapie, soit les antidépresseurs et les anxiolytiques (Judith et al.,2015). Les interventions basées sur la pleine

conscience issues des thérapies cognitives et comportementales (TCC) montrent leur efficacité dans le traitement des troubles anxieux (Judith et al.,2015). En se basant sur les TCC et la méditation, l'objectif est d'enseigner à vivre dans l'instant présent et ainsi de réduire les inquiétudes sur le futur ou les regrets du passé. Cette thérapie a prouvé scientifiquement la diminution du niveau d'anxiété. D'autres psychothérapies peuvent être utilisées pour traiter les troubles anxieux, telles que les psychothérapies psychanalytiques corporelles (PPC) ou encore les psychothérapies psychanalytiques (Leclair, 2017).

Cependant, de nouvelles techniques qui ne sont ni médicamenteuses ni psychothérapeutiques demeurent pertinentes dans la prise en charge de l'anxiété telles que les activités physiques, ou bien de loisir.

2. La dépression chez les personnes âgées en EHPAD

2.1 Définition de la dépression

Il s'agit d'une maladie psychique marquée par une humeur triste causée par un choc émotionnel et difficilement repérable. Neuf signes cliniques la caractérisent, composant le syndrome dépressif type. A noter qu'aucun des symptômes ne suffit à lui seul pour diagnostiquer une dépression. Afin de l'affirmer il faudrait observer les symptômes suivants : une tristesse, un repli sur soi, une perte d'intérêt, une culpabilité, un sentiment d'épuisement et de ralenti, des idées noires, une perte d'appétit, de sommeil, une sensation d'avoir raté sa vie, d'être inutile et que ces derniers soient présents depuis plusieurs semaines (Nasio, 2012).

L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S., 2021) précise que la dépression est une maladie courante dans le monde. En effet, 3,8 % de la population est touchée, dont 5,7 % de

personnes âgées de plus de 60 ans. En institution ce chiffre s'élève à 15 voire 30 % (Leudière, 2014).

2.2 Particularités chez les personnes âgées

La survenue de cette pathologie chez la personne âgée est variable, associant des difficultés psychologiques, organiques et sociales. Il ne s'agit en aucun cas de conséquences normales du vieillissement (Thomas et Hazif-Thomas, 2008). Cependant, la vieillesse constitue un terrain propice à la survenue de la dépression (Lôo et al., 2004). En effet, le vieillissement peut engendrer de la dépendance favorisant un sentiment de perte de contrôle et retentir sur l'estime de soi. Thomas et Hazif-Thomas (2008) expriment qu'une faible estime de soi favorise la perte du lien social ainsi que la dépression. À contrario, une bonne estime de soi favorise une meilleure adaptation aux différents changements et permet de mieux appréhender les difficultés de la vie.

Les difficultés organiques favorisent dans certains cas la survenue de la dépression. En effet, les affections cardio et/ou cérébro-vasculaires ainsi que les altérations cérébrales sont plus présentes chez les séniors que chez le reste de la population. Certains auteurs émettent l'hypothèse d'une « dépression vasculaire » due à un accident cérébro-vasculaire, ayant son propre tableau clinique (Alexopoulos et al. 1997). La dépression vasculaire répondrait moins bien aux antidépresseurs (Thuile, Even et Guelfi, 2007). Ces patients sont régulièrement institutionnalisés, en raison des lésions cérébrales et de la chronicisation de la dépression.

Quant aux difficultés sociales, elles peuvent résider dans l'appauvrissement des relations sociales (lié au départ à la retraite, aux disparitions ou encore à l'entrée en institution) menant souvent à la solitude et au manque d'échanges sur le plan affectif. Selon Lôo et al.

(2004), la vieillesse correspond au temps des pertes matérielles, humaines, mais également de contrôle de son corps, de son environnement, constituant la genèse de la dépression.

Ainsi il est nécessaire de différencier les difficultés qui sont liées à l'âge (tristesse engendrée par des questions existentielles) et la dépression qui est un trouble (Loô et al., 2004).

2.3 Conséquences majorées chez les personnes âgées

La dépression a un impact plus lourd chez la personne âgée. En effet, elle favorise un niveau d'incapacité plus élevé car le sujet âgé dépressif a un risque plus important d'affaiblissement de son fonctionnement cognitif, physique et social (Blazer, 2003). Le suicide est également bien plus élevé que pour le reste de la population. La Haute Autorité de Santé (2000) évoque qu'à partir de 65 ans, le taux de suicide ne cesse d'augmenter avec l'âge. Selon les chiffres du CepiDc-Inserm, 28% des suicides concernent des personnes âgées de 65 ans et plus (Rigaud et al., 2013).

Chez les plus de 65 ans, 80 % consomment au moins un médicament (Pancrazi, 2010). Les personnes âgées sont deux fois plus exposées aux accidents iatrogènes : 5 à 10 % des hospitalisations chez les plus 65 ans et 20 % après 80 ans. Les effets secondaires indésirables les plus à craindre chez cette population sont la confusion, la sédation, les syndromes parkinsoniens, les effets cardiovasculaires et l'impact cognitif négatif (Pancrazi, 2010).

La diminution des capacités physiques, cognitives et sociales, le risque élevé de passage à l'acte suicidaire et la surconsommation de psychotropes favorisent une morbidité accrue et une mortalité plus importante chez cette population (Blazer, 2003).

2.4 Difficulté de diagnostic chez les personnes âgées

La difficulté est de repérer le vécu dépressif au sein des plaintes courantes du grand âge (notamment les plaintes somatiques) où la douleur morale est souvent masquée (Monfort, 2001).

De surcroît, la dépression est souvent difficile à reconnaître chez ces sujets car cette pathologie peut se fondre au milieu d'autres symptômes (fatigue, troubles du sommeil, sentiment d'épuisement, perte d'appétit). Cette présence de comorbidités rend sa compréhension ainsi que son expression plus complexe.

La présence simultanée des symptômes oriente négativement le pronostic de la dépression. Cette dernière a en retour un effet néfaste sur les possibles pathologies antérieures ou concomitantes. Ainsi, la dépression et les pathologies co-existantes se nourrissent les unes des autres. La difficulté est de discerner la part de chaque affection (Blazer, 2003).

La présence de comorbidités influence le diagnostic de la dépression chez la personne âgée et entrave la prise en charge. Thomas et Hazif-Thomas (2008) identifient 60 à 70 % des personnes âgées dépressives ne bénéficiant pas de traitement. Par exemple, les pertes de poids ou les états de fatigue répétitifs sont distingués par le DSM-V comme des symptômes de la dépression. Néanmoins, ces symptômes peuvent se retrouver dans d'autres maladies. Ainsi, un sous-diagnostic amènerait à attribuer à une maladie somatique des symptômes dépressifs. A contrario, attribuer des symptômes d'une maladie somatique aux signes cliniques caractérisant la dépression entraîne un sur-diagnostic (Fiske et al., 2009).

Cependant chez les plus de 75 ans institutionnalisés, un tiers est en situation de détresse psychologique (dépression ou anxiété) contre un quart des personnes âgées vivant à domicile

témoignant d'un mal-être chez les seniors résidant en EHPAD (Vie publique.fr., 2021). L'état psychologique des personnes âgées dépend certes de leur état de santé, mais également des relations sociales. La qualité des liens avec l'équipe soignante et le fait de créer du lien au sein de l'établissement, participent au bien-être des résidents. En effet, 64% des résidents qui ont des difficultés à nouer des relations sont en détresse psychologique, contre 24% des résidents n'ayant pas de difficulté à en nouer (Vie publique.fr., 2021).

De plus, l'institutionnalisation engendrerait des facteurs dépressogènes ; par un manque d'initiative et de décision, par une infantilisation, par l'absence de visites, par le manque de personnels qui engendre des prestations médiocres, etc. (Kuhnel et al., 2010).

Ces difficultés évoquées influencent sévèrement la prise en charge de la dépression chez la personne âgée. Cette maladie passe souvent inaperçue, ou est mal évaluée, ainsi de nombreux patients dépressifs ne bénéficient pas de traitement. Thomas et Hazif-Thomas (2008) indiquent que 60 à 70 % des personnes âgées dépressives ne sont pas prises en charge.

Enfin, une fois le diagnostic établi, de nombreuses prises en charge sont adaptées pour lutter contre la dépression des personnes âgées de plus de 65 ans.

2.5 Prise en charge de la dépression chez les personnes âgées

Les prises en charge médicamenteuses demeurent efficaces et nécessaires. Cependant, les personnes âgées présentent une plus grande vulnérabilité aux effets secondaires indésirables. Par ailleurs, les comorbidités rendent difficiles les prescriptions (Thomas et Hazif-Thomas, 2008 ; Limosin et al., 2015). C'est pourquoi une prise en charge associant les

traitements médicamenteux et un soutien psychothérapeutique est essentielle (Micas et al., 2003).

En effet, la thérapie cognitive vise la modification des idées négatives engendrées par la dépression (Tison et al., 2005). Quant à la thérapie de soutien, elle aide la personne âgée à accepter la diminution de ses capacités (Micas et al., 2003). Le recours aux psychothérapies reste possible dans les cas cliniques graves : syndrome de glissement, mélancolie, risque immédiat de comportement suicidaire... (Thomas et Hazif-Thomas, 2008).

Enfin, la thérapie narrative énoncée ci-dessous demeure pertinente dans la prise en charge de la dépression chez les personnes âgées.

II. L'utilisation de la thérapie narrative comme traitement des troubles anxieux et dépressifs chez les personnes âgées en EHPAD

1. La narration

1.1 La thérapie narrative

La thérapie narrative a été fondée par Michael White et David Epston (2003), psychologues australiens. Les thérapies narratives font partie de la troisième vague des thérapies brèves. Les auteurs décrivent dans leur livre *Narratives Means to Therapeutic Ends* les objectifs de la thérapie ainsi que ses principes tels que « 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 ».

Cette thérapie est fondée sur trois concepts clés : l'extériorisation, la déconstruction et la reconstruction (Roy, 2004). Le premier a pour objectif de conduire le sujet à se dissocier de son problème, permettant à celui-ci de sortir d'une vision fermée et de regagner une autonomie pour construire une histoire différente. Ainsi, le thérapeute par le biais du langage va aider l'individu à déconstruire son discours invalidant afin de permettre l'élaboration d'une histoire plus satisfaisante en puisant dans diverses histoires alternatives, c'est-à-dire à une reconstruction. Le thérapeute va s'assurer que cette nouvelle histoire plus riche demeure entièrement celle du sujet.

Dans le cadre de cette thérapie, l'essentiel n'est donc pas de se focaliser sur le problème mais d'identifier ce qui le maintient afin de le résoudre. Cette étape se traduit par la construction d'une nouvelle histoire ouvrant sur une autre perspective de vie (Mori et Rouan, 2011).

A partir des travaux de White, Betbeze (2010) affirme que les histoires narrées ainsi que celles racontées sur nous par d'autres modulent notre identité.

1.2 L'identité dans la narration et les récits de vie

Par définition, l'identité renvoie au caractère de ce qui est un. Ricœur (1990), précise que l'identité ne peut être pensée en dehors d'une dimension temporelle. Ainsi le temps est forcément facteur de changement, de vieillissement, de croissance, etc...

L'auteur pense la théorie narrative comme la théorie de la constitution du soi. Dans le même sens, Tétaz (2014) exprime que l'identité du soi est une identité narrative ; ainsi c'est par le biais de la narration que s'édifie le rapport à soi.

Le récit de vie se compose des origines, des amis, des rencontres, des ennemis etc (De Gaulejac, 2008 cités par Coopman et Janssen, 2010). Il permet notamment de mettre en lumière la souffrance éprouvée en lien avec ces figures d'attachement. Cette souffrance peut être exprimée par une attitude ou des émotions observables lors de la narration du récit (Poncelet, 2008). Ainsi, l'externalisation des problématiques vécues permet au patient de redessiner une nouvelle version de l'histoire et d'en modifier l'impact dans sa vie (Mori et Rouan, 2011).

1.3 La narration au sein d'un groupe

Le groupe constitue un espace transitionnel au sein duquel peut s'effectuer un travail de mise en lien intra- et intersubjectifs. Cet espace est propice à la mise en perspective de son histoire ainsi qu'à un retour réflexif sur cette dernière. De plus, il permet à l'individu d'explorer sa place au sein de la société (Coopman et Janssen, 2010).

Coopman et Janssen (2010) ont mis en œuvre des groupes de récits de vie autour d'un thème précis. Les auteurs précisent qu'il s'agit d'un dispositif progressif et qu'il est pensé dans sa continuité. Ainsi, il est important que le sujet s'engage jusqu'au bout. En outre, les participants vont évoquer leurs histoires au sein du groupe, celui-ci représentant la sphère sociale. L'individu parle et les autres participants peuvent intervenir et donc indirectement influencer sur le contenu du récit. Ainsi, les questionnements du groupe créent une ouverture à d'autres possibilités. C'est un processus de co-construction qui se met en place dans la rencontre avec autrui.

1.4 Les effets de la thérapie narrative

Différentes études permettent de mettre en évidence les bienfaits de la thérapie narrative.

Une expérience au sein d'un groupe de sujets alcoolo-dépendants a prouvé une réappropriation de leur histoire grâce à cette méthode ; intégrant le participant et ses intentions au centre de la thérapie (Soulignac et al., 2011). Nyman et al. (2012), expriment l'intérêt de cette participation chez les personnes âgées présentant des troubles dépressifs et ayant perdu le contrôle de leur existence. Leur étude a été effectuée sur des femmes et des hommes âgés de 78 à 85 ans présentant une dépression légère ou modérée et tous étaient veufs et vivaient seuls dans leur propre appartement ou maison. Faire partie d'un groupe a permis aux participants de partager et de réfléchir sur des expériences passées, ce qui signifiait qu'ils pouvaient réévaluer les compréhensions antérieures des événements et reconstruire des histoires du passé à la lumière de nouvelles expériences. De cette façon, les souvenirs pourraient être interprétés de nouvelles façons, et le sens pourrait être recréé autour de situations antérieures valorisées.

Lopes et al (2014) ont démontré une baisse des symptômes dépressifs après l'utilisation de la thérapie narrative. Leur échantillon comprenait soixante-trois patients ayant reçu un diagnostic de trouble dépressif majeur avec une gravité modérée au début de l'étude. Certains patients ont été inclus dans l'échantillon avec des diagnostics ou des symptômes d'anxiété secondaires (autrement dit si l'anxiété n'était pas considérée comme une plainte principale). Les patients avaient en moyenne entre 35 et 44 ans et 81 % étaient des femmes. Un groupe a bénéficié de la thérapie narrative et l'autre de la thérapie Cognitive-Comportementale. Dans les deux conditions, les séances avaient une durée de vingt à soixante minutes. Les séances 1 à 16 étaient programmées chaque semaine, tandis que les sessions 17

à 20 étaient programmées toutes les deux semaines. Les auteurs ont indiqué dans les limites de l'étude que les données n'étaient pas suffisamment cohérentes pour déterminer l'efficacité de la thérapie narrative pour la dépression modérée, notamment en raison d'un nombre élevé d'abandons des participants. Néanmoins, ils précisent que lorsque les participants ont terminé le traitement, celui-ci demeurait efficace. Ainsi, la principale conclusion de cette étude est que des études d'efficacité supplémentaires sont nécessaires avant que la thérapie narrative puisse être recommandée pour le traitement de la dépression.

L'étude de Rahmani et Moheb (2010) a mis en lumière une réduction des troubles anxieux chez des adolescents. Ils indiquent également que cette thérapie narrative, outre l'amélioration de leurs symptômes anxieux, augmenterait l'estime de soi ainsi que la sociabilité de ces sujets.

2. Présentation du jeu : « des récits et des vies »

Le simple fait de jouer offre la possibilité à la personne âgée de se détendre, de recréer, de redonner une place, un rôle, une estime de soi et une confiance en soi. C'est pourquoi, en 2014, le Centre national de formation aux métiers du jeu et du jouet (fm2j), l'institut du bien vieillir Korian, le Centre de recherche clinique vieillissement-cerveau-fragilité (crc-vcf) et le Centre mémoire de ressources et de recherche (cmrr) de Lyon ont mené une étude sur une durée de quatre mois démontrant que le jeu augmenterait le bien-être du résident ; la qualité de vie et les interactions sociales et réduirait les troubles du comportement. (Gueyraud et al., 2016).

Créé par Caroline Chavelli, intervenante de l'association Le Comptoir aux histoires, ce jeu est accessible à tous (du tout- petit jusqu'à la personne âgée). Ce dernier a été conçu à

l'issue d'ateliers d'écriture menés auprès de personnes âgées au sein d'une maison de retraite et constitue un réel outil d'expression, permettant l'évocation de souvenirs, d'émotions et de pensées. Il engendre écoute, prise de parole, découverte des participants, compréhension du vécu de chacun. Les travaux basés sur la thérapie narrative présentés par Paul Ricœur ainsi que Michael White et David Epston (Mori, 2019) ont permis la rédaction des cartes du jeu. Ce dernier met donc en œuvre le langage, la mémoire et l'imaginaire.

Le jeu se décline en quatre thèmes : récit de vie (bleu), émotions (rose), questions essentielles (verte) et imaginaire (jaune).

- Les cartes « Récits de vie » narrent les souvenirs (vie familiale, infantile, sociale et professionnelle) ainsi que les regrets et les échecs.
- Celles des « Émotions » révèlent des expériences de mal-être, de pertes ; mais également que par le biais de ce jeu l'enrichissement est toujours possible grâce à un mot, une phrase, un récit, un regard ou encore un sourire, en dépit de la douleur, du chagrin, de l'inquiétude, ou de la lassitude.
- Les « questions essentielles » inspectent les valeurs et les souhaits. Face à ce type d'expérience, il est essentiel de s'épancher sur ces valeurs, repères, convictions qui fondent notre être et assurent une confiance quand tout semble échec, incertitude ou se détériore. Ces cartes permettent outre le questionnement, de mettre tout en lumière et d'exprimer ses valeurs, sa voix et ainsi de trouver des ressources.
- Les cartes « imaginaire » proposent avec subtilité d'abandonner ses peines pour unir la beauté qui anime chacun et sa vie.

Il n'y a bien évidemment pas de bonnes ou de mauvaises réponses, les réponses sont propres à chacun et celles-ci peuvent s'enrichir avec les échanges et ainsi évoluer. En effet, une fois que le participant y répond, les autres participants peuvent, s'ils le désirent, compléter ou questionner afin d'enrichir l'échange.

Au vu des liens exposés entre ce concept et la dépression et l'anxiété, il semble pertinent d'analyser les effets du jeu « des récits et des vies », basé sur la thérapie narrative, sur les troubles anxieux et dépressifs de personnes âgées en EHPAD.

Problématique

Le milieu institutionnel peut exposer à des troubles anxieux et dépressifs ou bien constituer un risque d'aggravation de ces troubles chez les personnes âgées qui y séjournent.

Trouillet et Gély-Nargeot, (2009) montrent dans leur étude que l'anxiété état et la dépression sont plus présents chez les sujets institutionnalisés.

De plus, l'approche médicamenteuse chez la personne âgée présentant des troubles anxieux et dépressifs est restrictive par ses effets iatrogènes et par son manque d'efficacité. Ainsi, l'approche non-médicamenteuse est à favoriser dans la prise en charge de ces sujets. Elle prend différentes formes : relaxation, aromathérapie, thérapie narrative etc...(Engasser et al., 2015).

Concernant la thérapie narrative, Lopes et al (2014) ont établi une baisse des symptômes dépressifs après son utilisation. Des résultats similaires ont été observés chez des adolescents présentant des troubles anxieux (Rahmani et Moheb, 2010).

Le groupe constitue en effet un espace propice à la mise en perspective de son histoire ainsi qu'à un retour réflexif sur cette dernière (Coopman et Janssen, 2010).

C'est pourquoi, en nous basant sur ces études, nous faisons l'hypothèse que les ateliers en groupe basés sur la thérapie narrative réduisent les symptômes anxieux et dépressifs des personnes âgées en EHPAD.

Hypothèses

1. Hypothèses théoriques

Hypothèse théorique 1 : la participation des résidents âgés de 80 ans à 95 ans institutionnalisés en EHPAD à des séances autour du jeu « des récits et des vies » a un effet positif sur les troubles dépressifs.

Hypothèse théorique 2 : la participation des résidents âgés de 80 ans à 95 ans institutionnalisés en EHPAD à des séances autour du jeu « des récits et des vies » a un effet positif sur les troubles d'anxiété-état (STAI forme Y-A).

Hypothèse théorique 3 : la participation des résidents âgés de 80 ans à 95 ans institutionnalisés en EHPAD à des séances autour du jeu « des récits et des vies » a un effet positif sur les troubles d'anxiété-trait (STAI forme Y-B).

2. Hypothèses opérationnelles

Hypothèse opérationnelle 1 : la participation à dix séances de jeu « des récits et des vies » permet de diminuer les scores à l'échelle GDS – (Échelle gériatrique de dépression) chez les personnes âgées en EHPAD.

Hypothèse opérationnelle 2 : la participation à dix séances de jeu « des récits et des vies » permet de diminuer les scores à l'échelle d'anxiété-état (STAI forme Y-A) chez les personnes âgées en EHPAD.

Hypothèse opérationnelle 3 : la participation à dix séances de jeu « des récits et des vies » permet de diminuer les scores à l'échelle d'anxiété-trait (STAI forme Y-B) chez les personnes âgées en EHPAD.

Méthodologie

1. Cadre de la recherche

1.1 Participants

La population appartient à un échantillon de douze personnes âgées résidant au sein de L'EHPAD l'O.B (Tableau 1). L'échantillon a été scindé en deux groupes de six résidents selon leur étage de résidence car le protocole du jeu indique une participation aux ateliers de quatre à huit joueurs (Annexe 1).

Afin de créer un échantillon homogène, les critères d'inclusion suivants ont été déterminés :

- être âgé de 80 à 95 ans ;
- présenter des troubles anxieux et dépressifs ;
- être stabilisé avec un traitement identique de plus d'un an concernant leurs troubles anxieux et dépressifs
- ne pas être diagnostiqué de la maladie d'Alzheimer ;
- avoir un score au mini-mental state examination (MMSE) entre 19 et 25 (correspond à des troubles cognitifs modérés à légers (Lisa Zeltzer et MSc OT, 2010) permettant de s'assurer de la compréhension de l'atelier mis en place ainsi que des questionnaires utilisés).

Tableau 1 : Résultats aux pré-tests

	Effectifs	Age moyen (<i>écart type</i>)	Score moyen à la GDS /15 (<i>écart type</i>)	Score moyen à la STAY forme Y-A /20 (<i>écart type</i>)	Score moyen à la STAY forme Y- B /20 (<i>écart type</i>)	Score moyen au MMSE /30 (<i>écart type</i>)
Groupe 1	6	85,67 (6,31)	11,33 (1,21)	61,00 (4,19)	65,50 (4,37)	22,83 (2,64)
Groupe 2	6	90,83 (5,57)	12,17 (1,17)	64,83 (7,31)	69,17 (5,71)	21,00 (2,28)
Total	12	88,25 (5,94)	11,75 (1,19)	62,91 (5,75)	67,33 (5,05)	21,91 (2,46)

1.2 Matériels

Le matériel comprend l'échelle d'anxiété et l'échelle gériatrique de dépression (Annexes 3 et 4). Les scores au MMSE seront recueillis directement auprès de la psychologue de l'établissement (Annexe 2).

1.2.1 Inventaire d'anxiété état-trait de SPIELBERGER (1983)

L'Échelle est une auto-évaluation ayant pour objectif d'évaluer l'anxiété momentanée et l'anxiété habituelle. Elle comprend deux échelles distinctes, soit quarante items :

- L'échelle d'anxiété-état (STAI forme Y-A) évalue les sentiments d'appréhension, la tension, la nervosité et l'inquiétude que le sujet ressent au moment de la consultation. C'est un indicateur des modifications transitoires de l'anxiété provoquées par des situations thérapeutiques ou aversives.
- L'échelle d'anxiété-trait (STAI forme Y-B) évalue les sentiments d'appréhension, la tension, la nervosité et l'inquiétude que le sujet ressent habituellement. Cette échelle a pour but de repérer l'anxiété comme disposition stable. Elle constitue ainsi le point de départ d'une action thérapeutique.

Le patient doit répondre pour chaque partie à vingt questions, chaque réponse se situe sur une échelle de Likert en quatre points. Les réponses sont respectivement cotées de un à quatre.

Un score indépendant est calculé pour les deux échelles. Ainsi, pour chaque échelle, le score théorique le plus faible est de vingt points et le score le plus élevé est de quatre-vingts points. Lorsque le score est :

≤ 35	Entre 36 et 45	Entre 46 et 55	Entre 56 et 65	≥ 65
Anxiété très faible	Anxiété faible	Anxiété moyenne	Anxiété élevée	Anxiété très élevée

Enfin, elle a pour qualité sa clarté, sa simplicité et sa rapidité de passation, ce qui en fait un outil adéquat chez le sujet âgé. Elle détient également des bonnes qualités psychométriques (Gauthier et Bouchard, 1993).

1.2.2 Échelle gériatrique de dépression de Brink et Yesavage (1983)

Il s'agit d'un auto-questionnaire composé de quinze items auquel le sujet répond par oui ou par non, permettant d'évaluer l'humeur dépressive chez le sujet âgé.

Un point est attribué par question. Le score total varie entre zéro et quinze points :

Entre 0 et 5	Entre 5 et 9	≥ 10
Absence de dépression	Forte probabilité de dépression	Indique presque toujours une dépression

Cette échelle a été choisie pour sa rapidité et sa simplicité d'utilisation. En outre, elle possède de bonnes caractéristiques psychométriques.

1.3 Procédure

La passation des échelles a été réalisée avant la mise en place des ateliers et après la réalisation des dix séances du protocole. Pour respecter les habitudes de la psychologue, les passations ont été effectuées directement en chambre.

Les règles déontologiques et éthiques qui régissent la recherche scientifique ont été appliquées. Ainsi, avant la passation des deux questionnaires les participants ont été informés des objectifs de l'étude ainsi que de leur possibilité de la quitter à tout moment. Leur consentement libre et éclairé a été explicitement recueilli (annexe 5). La confidentialité des données collectées a été précisée et la consultation des résultats leur a été proposée. En sus, un

planning prévisionnel des dix séances de thérapie narrative a été affiché. Le choix des dix séances a été défini en se basant sur l'étude de Rahmani et Moheb (2010).

Chaque groupe a participé à dix séances à raison de deux fois par semaine.

Les dix séances du « jeu des récits et des vies » se sont déroulées dans une salle située au premier étage de l'établissement à l'écart des autres résidents et de l'équipe médicale afin de garantir l'intimité du groupe. Les résidents en capacité se rendaient directement dans la salle à l'heure indiquée, les autres étaient accompagnés dans la salle par un soignant.

Les résidents se sont retrouvés autour d'une table, sur laquelle a été disposé le jeu (Annexe 1). Celui-ci est composé d'un plateau avec une flèche. Les cartes ont été disposées en quatre paquets autour du plateau. Elles ont chacune un libellé bleu, rose, vert et jaune (voir annexe 1). Par ailleurs, afin de s'adapter aux résidents, les cartes ont été triées au préalable pour écarter celles qui ne seraient pas adaptées, celles sur la parentalité par exemple.

Les règles du jeu ont été expliquées à la première séance, à savoir :

- un participant fait tourner la flèche ;
- l'expérimentateur lit à voix haute le texte correspondant à la couleur indiquée par la flèche ;
- le participant ayant tourné la flèche s'exprime en premier, les autres résidents écoutent, puis chacun s'exprime. L'expérimentateur peut effectuer des relances ou questionner afin d'animer le groupe ;
- quand tout le monde s'est exprimé, la carte est placée sous le paquet et le participant suivant peut lancer la flèche à son tour.

Pour finir, il a été précisé qu'aucune réponse n'est bonne ou mauvaise et que chaque joueur est libre de s'exprimer ou non sur un libellé sans avoir à se justifier et qu'il est important de ne pas se couper la parole.

Lors des ateliers six résidents étaient présents et la durée de celui-ci était d'environ une heure.

1.4 Variables et logiciels de traitement statistique

Variable dépendante 1 : Scores à l'échelle GDS – (Échelle gériatrique de dépression), variable d'intervalle de 0 à 15.

Variable dépendante 2 : Scores à l'échelle STAI-Y – (Inventaire d'anxiété état) forme Y-A, variable d'intervalle de 0 à 80.

Variable dépendante 3 : Scores à l'échelle STAI-Y – (Inventaire d'anxiété trait) forme Y-B, variable d'intervalle de 0 à 80.

Variables contrôlées : Elles concernent l'âge des participants compris entre 80 à 95 ans, la présence de troubles anxieux et dépressifs ; d'un traitement identique de plus d'un an pour ces troubles ; l'absence de diagnostic de la maladie d'Alzheimer et avoir un score au mini-mental state examination (MMSE) entre 19 et 25.

Variable indépendante : participation aux séances du jeu « des récits et des vies »

Les mesures pré et post-test ont été codées dans des fichiers Excel avant d'être traitées par le logiciel SPSS® qui permet de comparer les deux mesures à l'aide d'un T de Student.

Résultats

1. Statistiques descriptives

Les résultats bruts des scores enregistrés permettent d'obtenir des moyennes aux différents tests.

Les moyennes obtenues aux trois échelles (GDS, STAY-A et STAY-B) sont significativement moins élevées après la participation à dix séances de jeu « des récits et des vies ».

Moyenne			
	GDS	STAY-A	STAY-B
Pré-test	11,75	62,92	67,33
Post-test	10,67	60,42	65,67

1.1 Lien entre la participation au jeu « des récits et des vies » et les scores à l'échelle GDS – (Échelle gériatrique de dépression) »

Les mesures pré-test révèlent que les douze participants ont obtenu un score supérieur ou égal à dix. Ainsi, l'ensemble des participants présentent des troubles dépressifs.

La participation à des séances de jeu « des récits et des vies » a eu un impact positif chez certains résidents réduisant ainsi leurs scores à l'échelle GDS – (Échelle gériatrique de dépression). Les scores de trois participants ont diminué, passant d'un score indiquant une dépression à un score de forte probabilité de dépression.

Tableau 2 : Statistiques descriptives des scores obtenus à la GDS avant et après la participation à dix séances de jeu « des récits et des vies ».

	Effectifs	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type
Pré-test	12	10,00	14,00	11,75	1,22
Post-test	12	7,00	13,00	10,67	1,87

1.2 Lien entre la participation au jeu « des récits et des vies » et les scores à l'échelle STAI-Y – (Inventaire d'anxiété état-trait)

1.2.1 l'échelle STAI-Y – (Inventaire d'anxiété état) forme Y-A

Les mesures pré-test révèlent que huit participants présentent une anxiété état élevée et quatre une anxiété très élevée. L'ensemble des participants présentent des troubles anxieux.

La participation aux séances de jeu « des récits et des vies » a eu un impact positif sur l'un des résidents réduisant son score d'anxiété. Ce dernier présentant une anxiété très élevée pré-test, affiche un score post-test correspondant à une anxiété élevée (score entre 56 et 65). Les mesures post-test indiquent que sur douze participants, onze présentent un niveau d'anxiété stable.

Tableau 3 : Statistiques descriptives des scores obtenus à la STAI forme Y-A avant et après la participation à dix séances de jeu « des récits et des vies ».

	Effectifs	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type
Pré-test	12	56,00	74,00	62,92	6,02
Post-test	12	54,00	70,00	60,42	5,58

1.2.2 l'échelle STAI-Y – (Inventaire d'anxiété trait) forme Y-B

Les mesures pré-test révèlent que cinq participants présentent une anxiété trait élevée et sept une anxiété trait très élevée. L'ensemble des participants présentent des troubles anxieux.

Le tableau 4 ci-dessous met en évidence une baisse de la moyenne post-test, attestant l'effet de la participation à des séances de jeu « des récits et des vies » chez des sujets âgés présentant un niveau d'anxiété-trait situé entre élevée et très élevée.

Tableau 4 : Statistiques descriptives des scores obtenus à la STAI forme Y-B avant et après la participation à dix séances de jeu « des récits et des vies ».

	Effectifs	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type
Pré-test	12	59,00	77,00	67,33	5,21
Post-test	12	58,00	75,00	65,67	4,83

2. Statistiques inférentielles

2.1 Le Test-T à échantillon apparié (Annexe 5)

Le Test-T a été utilisé car les participants ont été l'objet de deux mesures répétées (avant et après la participation au jeu) et que les variables dépendantes sont quantitatives.

2.2 Comparaison pré et post-test des scores à l'échelle GDS – (Échelle gériatrique de dépression) »

L'analyse des données indique que la participation à dix séances de jeu « des récits et des vies » permet de diminuer les scores à l'échelle GDS – (Échelle gériatrique de dépression) chez les personnes âgées en EHPAD car la différence entre les scores avant et après la participation est significative (Test $t = 3,77$, $ddl = 11$, $p = 0,003$).

2.3 Comparaison pré et post-test des scores à l'échelle STAI-Y – (Inventaire d'anxiété état) forme Y-A

L'analyse des données de la présente recherche indique que la participation à dix séances de jeu « des récits et des vies » permet de diminuer les scores à l'échelle STAI-Y – (Inventaire d'anxiété état) forme Y-A chez les personnes âgées en EHPAD car la différence entre les scores avant et après la participation est significative (Test $t = 5,00$, $ddl = 1$, $p = 0,001$).

2.4 Comparaison pré et post-test des scores à l'échelle STAI-Y – (Inventaire d'anxiété trait) forme Y-B

L'analyse des données de la présente recherche indique que la participation à dix séances de jeu « des récits et des vies » permet de diminuer les scores à l'échelle STAI-Y – (Inventaire d'anxiété trait) forme Y-B chez les personnes âgées en EHPAD car la différence entre les scores avant et après la participation est significative (Test $t = 6,50$, $ddl = 11$, $p = 0,001$).

Discussion

Interprétation des résultats

L'objectif de notre étude était de vérifier si les ateliers en groupe basés sur la thérapie narrative pourraient réduire les symptômes anxieux et dépressifs chez les personnes âgées de 80 ans à 95 ans institutionnalisées en EHPAD.

Trois hypothèses ont été émises :

- la première étant que la participation à dix séances de jeu « des récits et des vies » permet de diminuer les scores à l'échelle GDS – (Échelle gériatrique de dépression) chez les personnes âgées en EHPAD
- la seconde étant que la participation à dix séances de jeu « des récits et des vies » permet de diminuer les scores à l'échelle STAI-Y – (Inventaire d'anxiété état) forme Y-A chez les personnes âgées en EHPAD
- la troisième étant que la participation à dix séances de jeu « des récits et des vies » permet de diminuer les scores à l'échelle STAI-Y – (Inventaire d'anxiété trait) forme Y-B chez les personnes âgées en EHPAD

Les résultats permettent de montrer que la participation à des séances de jeu « des récits et des vies » diminue les scores aux échelles de dépression et d'anxiété. Ces résultats corroborent les propos de Rahmani et Moheb (2010) indiquant une réduction des symptômes anxieux chez des adolescents après leur étude.

De même, Lopes et al (2014) ont montré une baisse des symptômes dépressifs après l'utilisation de la thérapie narrative. Cependant, ils ne notent pas de différence en faveur de l'une ou l'autre thérapie (Thérapie comportementale cognitive ou thérapie narrative). Contrairement à la TCC, la thérapie narrative mobilise des capacités cognitives importantes telles que l'utilisation du langage et de la mémoire ; il serait intéressant de stimuler ces compétences en amont des ateliers.

Nyman et al. (2012), expriment l'intérêt chez les personnes âgées présentant des troubles dépressifs de participer à des ateliers narratifs en groupe.

En effet, les personnes âgées résidentes en institution souffrent d'un manque d'intimité perçue expliquant la solitude et les symptômes dépressifs (Tikkainen et Heikkinen, 2005). Or l'intimité perçue est décrite comme une caractéristique qualitative de l'interaction sociale définie par des relations satisfaisantes avec des amis et des pairs et comprenant le besoin de proximité et de sécurité, l'accès à l'aide et la nécessité de soutien. La participation au jeu « des récits et des vies » améliore l'environnement social et permet de mettre du sens dans le quotidien. Faire partie d'un groupe mis en scène semble être un moyen pour les participants de négocier, de créer du sens dans leur vie quotidienne. En outre, cela a créé des sentiments de sécurité et de non solitude, ainsi que la valeur d'être nécessaire et apprécié par les autres. Ces résultats sont corroborés par d'autres recherches montrant que différents types de relations se développent à partir du processus d'engagement social à un âge avancé (Blazer, 2005).

Le fait d'être invité à participer à ces groupes a été interprété comme une ressource socio-culturelle autorisant les résidents à intégrer une communauté mise en œuvre.

Grâce aux observations lors des séances, nous pouvons dire que l'étayage groupal est un paramètre important dans la diminution des scores aux échelles (GDS et STAY). La dynamique groupale a permis à certains résidents de s'ouvrir, d'échanger, d'écouter, de prendre la parole, de comprendre le vécu de chacun. Des résultats inattendus ont été observés au-delà de ce qu'on supposait.

Nous avons observé chez une résidente en particulier une prise de parole, un flux de parole, des rires, des grands sourires. En effet, la prise de parole en groupe était grandement appréhendée avant le début des ateliers. Mme P. présentant des troubles anxieux et dépressifs, et de nature très fermée, n'a créé que peu de liens depuis son arrivée au sein de l'EHPAD. Ainsi, lors de ces ateliers, elle s'est ouverte, a pu créer du lien avec d'autres résidents. Les autres participants ont notamment fait part de leur surprise de découvrir le vécu de Mme P, ses souvenirs et sa joie de vivre.

Ricoeur (2012) évoque que la participation à des ateliers en groupe leur a permis d'ouvrir des compréhensions verrouillées et statiques de leurs possibilités dans la vie.

Concernant l'outil utilisé, le jeu constitue un outil intéressant dans la pratique psychologique auprès des personnes âgées. Ce média a été grandement apprécié par sa forme ludique ; par le caractère non-intrusif des questions ; pour la dynamique groupale créée favorisant les liens entre les résidents. En effet, certains participants ont fait part en amont de leurs réticences à participer à l'atelier avec certains autres résidents, mais dès la première séance, un climat bienveillant s'est instauré ôtant toutes ces appréhensions.

Les questions permettaient une prise de parole libre pouvant générer un discours soit superficiel soit plus personnel. Malgré leurs hésitations du début, tous ont fait le choix d'évoquer leurs souvenirs joyeux ou non, leurs souffrances, leurs difficultés rencontrées au sein de l'EHPAD, permettant à chaque participant de trouver un écho dans l'autre (Coopman et Janssen, 2010). Ainsi, les ateliers ont permis la création de liens sociaux qui ont perduré suite à ces ateliers.

Force est de constater que l'aspect moins formel et le caractère distrayant du jeu ont permis d'aborder des questions sur la vie en communauté, d'accueillir les plaintes de chaque participant, permettant à ces derniers de constater qu'ils partageaient les mêmes ressentis. Le média, par son cadre différent, génère une spontanéité et pourrait constituer un complément aux suivis thérapeutiques lorsque le suivi individuel demeure dans une impasse.

Enfin, Altintas, Majchrzak, Leconte et Guerrien (2010) ont prouvé que la motivation des personnes âgées à la participation des activités favoriserait l'adaptation dans l'institution.

Limites

D'un point de vue méthodologique, les interprétations énoncées dans la présente discussion sont à analyser avec une certaine réserve du fait du manque de représentativité de l'échantillon dû à sa petite taille. En effet, l'échantillon est composé de douze participants (6 dans chaque groupe) et représente une limite au traitement statistique des analyses pouvant avoir une incidence sur la généralisation des résultats. Ainsi, la différence significative observée pour l'hypothèse concernant la participation au jeu est à relativiser du fait de la taille des sous-échantillons.

De plus, il est difficile de conclure avec certitude que les résultats obtenus sont exclusivement dus à la participation au jeu « des récits et des vies ». Les événements de vie extérieurs aux ateliers peuvent impacter de façon significative les participants. Comme précisé ci-dessus, Mme S. s'est très peu impliquée du fait de son futur départ. La participation aux différents ateliers (après-midi crêpes, spectacle etc...) peut être source de bien être psychologique.

Les tests utilisés peuvent aussi présenter un biais. De par la similarité des tests ; la redondance des questions ; une passation trop longue concernant l'échelle STAI-Y – (Inventaire d'anxiété état-trait) ou encore par la présence de stress lié à la passation. Morand A. et al. (2021) précisent que le stress ressenti pendant les tests impacte les résultats.

L'horaire de passation des tests peut constituer également un biais. Le matin ont lieu les soins ; en fin de matinée, les résidents sont dans l'attente d'aller manger ; et la fin de journée est souvent source d'angoisse pour de nombreux résidents (Badey-Rodriguez, C., 2006).

Le choix de l'expérimentateur a pu avoir une influence sur l'évaluation ; il s'agissait en effet d'une stagiaire. Sur site depuis plusieurs semaines, le facteur émotionnel a pu dans certains cas impacter la passation. Lors de celle-ci, s'inscrit une relation intersubjective psychologue-consultant (Laporte, E., 2007).

Ces limites montrent l'importance des précautions à prendre dans l'analyse des résultats. Toutefois, ces derniers vont dans le sens des résultats obtenus dans les études de Nyman et al. (2012) ou encore celle de Lopes et al (2014).

Perspectives

Toutefois, comme il a été précisé dans les limites de cette recherche et dans une perspective d'amélioration de la situation expérimentale, il serait pertinent de mener une étude longitudinale. Ce qui permettrait d'évaluer avec plus de précision l'impact de la participation au jeu « des récits et des vies » quant à la diminution des scores aux différentes échelles (à savoir : GDS et STAY). Lopes et al. (2014) précisent que pour mieux comprendre les effets à long terme du traitement narratif, une période de suivi plus longue (plus d'un an) est fortement recommandée.

De plus, un groupe test pourrait être intégré à l'étude afin de conclure avec plus de certitude que les résultats obtenus sont dûs aux effets de la participation au jeu.

Comme déjà évoqué précédemment, la similarité des tests, la redondance des questions ou encore la durée de passation des tests, nous enjoignent à penser qu'il serait plus pertinent d'opter pour l'utilisation du Mini-GDS (Geriatric Depression Scale) de Clément et al. (1997) qui demeure plus court et donc moins lourd pour les participants.

Les résultats inattendus évoqués ci-dessus permettent d'ouvrir de nouvelles pistes de réflexion et de recherche. Ainsi, cette étude pourrait peut-être être répliquée sur une population présentant une dépression de type mélancolique.

Enfin, il serait judicieux de se questionner sur l'intérêt d'utiliser ce jeu « des récits et des vies » dans un processus thérapeutique à l'entrée en EHPAD ? Afin de permettre de réduire l'exposition ou le risque d'aggravation des troubles anxieux et dépressifs chez les personnes âgées qui y séjournent.

Conclusion

Les psychothérapies ne cessent d'évoluer selon les générations et le contexte socioculturel. A l'heure où il est question de catégoriser, de classer, de hiérarchiser et de répertorier les différentes maladies mentales à travers le DSM, la thérapie narrative apparaît. Elle offre un espace relationnel de co-création, de co-construction de sens, de déconstruction du problème en s'inscrivant dans des conversations thérapeutiques et en laissant de côté cette vision d'un « trouble » qui serait interne au patient. La thérapie narrative est une thérapie collaborative, tournée vers le futur et préservant des étiquetages. Son objectif est de dissoudre le symptôme et non pas de le faire disparaître.

Ainsi, la thérapie narrative offre une piste de réflexion intéressante tant pour la pratique professionnelle que pour la vie personnelle. Cet outil permet de mettre l'accent sur les compétences du patient plutôt que sur ses manques et lui redonner la possibilité de redevenir auteur/acteur de son histoire (Mori, 2019).

Cette étude s'est particulièrement intéressée au lien entre la mise en place d'ateliers en groupe basés sur la thérapie narrative et la réduction des symptômes anxieux et dépressifs chez les personnes âgées de 80 ans à 95 ans institutionnalisées en EHPAD.

Les résultats affirment que la participation au jeu « des récits et des vies » a une influence positive sur la dépression, l'anxiété trait et l'anxiété état.

Cette recherche confirme donc la nécessité de favoriser une approche non-médicamenteuse chez la personne âgée présentant des troubles anxieux et dépressifs, tout au moins en complément des traitements. Le jeu « des récits et des vies » semble très prometteur auprès de ce public et constitue une alternative thérapeutique dans la prise en charge de ces troubles qui pose question en EHPAD.

Bibliographie

Alexandrine Morand, Kim Gauthier, Marie Mazerolle, Alice Pèlerin, François Rigalleau, et al.. L'effet de menace du stéréotype en situation d'évaluation neuropsychologique : Enjeux cliniques. 2021. hal- 03126581

Alexopoulos, G.S., Meyers, B.S., Young, R.C. et al. (1997). Clinically defined vascular depression. *Am J Psychiatrie*, 154(4), 562-565.

Badey-Rodriguez, C. (2006). La nuit auprès des personnes âgées : La face obscure des projets. *Gérontologie et société*, 29(116), 109-118. <https://doi.org/10.3917/gs.116.0109>

Badey-Rodriguez, C. (2005). L'entrée en institution un bouleversement pour la dynamique familiale. *Gérontologie et société*, 28(112), 105-114. <https://doi.org/10.3917/gs.112.0105>

Bardel, M.-H., et Colombel, F. (2009). Rôles spécifiques de l'anxiété trait et état dans l'apparition et le maintien des biais attentionnels associés à l'anxiété : État des lieux et pistes d'investigation. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 35(5), 409–416. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.08.004>

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

Blazer, D. G. (2003). Depression in Late Life : Review and Commentary. *The Journals of Gerontology: Series A*, 58(3), M249-M265. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.M249>

Blazer, D. G. (2005). Depression and social support in late life: A clear but not obvious relationship.

Coopman, A. et Janssen, C. (2010). La narration de soi en groupe : le récit comme tissage du lien social. *Cahiers de psychologie clinique*, 34, 119-134. <https://doi.org/10.3917/cpc.034.0119>

Debacq, E. (2009). Le droit au choix des résidents en Ehpad, un engagement du projet d'établissement face aux contraintes institutionnelles.

« Des Récits et des Vies » : le jeu pour libérer la parole et gagner en confiance. (2019, 5 septembre). *Réseau Canopé*. Consulté le 23 novembre 2021, à l'adresse <https://www.reseau-canope.fr/academie-de-toulouse/atelier-canope-81-albi/actualites/article/des-recits-et-des-vies-le-jeu-pour-liberer-la-parole-et-gagner-en-confiance.html>

Engasser, O., Bonnet, A. et Quaderi, A. (2015). L'approche non médicamenteuse de la personne âgée atteinte de maladie d'Alzheimer et apparentées: Fondements conceptuels d'une clinique thérapeutique. *Psychothérapies*, 35, 151-158. <https://doi.org/10.3917/psys.153.0151>

Fiske, A., Wetherell, J. L., et Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 363-389. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>

Gauthier, J., et 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.

Gueyraud, C., Anaut, M., Denormandie, P., Bathsavanis, A. et Krolak-Salmon, P. (2016). Jeu et maladie d'Alzheimer. Le cadre ludique dans la prise en charge de la démence. *Empan*, 102, 116-122. <https://doi.org/10.3917/empa.102.0116>

Hillieret, H., Saint, L., L., Falconnet, C., Perrenoud, J., Michel, J., Vogt-Ferrier, N. (2008). 'Réflexions sur l'usage des psychotropes chez la personne très âgée', *Rev Med Suisse* 2008; volume -6. no. 178, 2405 – 2411

Identité. (s. d.). LeRobert. Consulté le 2 décembre 2021, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/identite>

Judith, É., Lalanne, J., Paris, S., Pinçon, B., Surdon, N., Braitman, A., Smadja, J. et Ionita, A. (2015). Psychothérapies du sujet âgé. *L'information psychiatrique*, 91, 747-754. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1402>

Kuhnel, M. L., El Iraki, I., Tranchant, M., et Aspe, G. (2010). Prévalence de la dépression en EHPAD : nécessité d'une approche gérontopsychiatrique. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 10(57), 111-115.

Laporte, E. (2007). Analyse cognitive des tâches impliquées dans les épreuves du wis4. *L'Orientation scolaire et professionnelle*, 36/3, 438-460. <https://doi.org/10.4000/osp.1500>

Lebeau, G. (2018). Chapitre 21. Le patient anxieux. Dans : Cédric Lemogne éd., *Psychiatrie de liaison* (pp. 185-200). Cachan: Lavoisier.

Leclair, S. (2017). Les traitements de l'anxiété. *Familles et santé mentale*, 43, p8. https://aqpamm.ca/wp-content/uploads/2017/11/L_anxiété.pdf

Leudière, S. (2014). Libre choix à l'entrée en EHPAD et dépression parmi les nouveaux résidents. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2014. dumas-01903865

Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD. (2021, mai). Défenseur des droits. <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rap-ehpad-num-29.04.21.pdf>

Lisa Zeltzer, MSc OT. (2010, 7 novembre). Mini-Mental State Examination (MMSE) – Strokengine. *Strokengine*. Consulté le 21 janvier 2022, à l'adresse <https://strokengine.ca/fr/assessments/mini-mental-state-examination-mmse/#But>

Lôo, H., et Gallarda, T. (2000). *Troubles dépressifs et personnes âgées*. John Libbey Eurotext.

Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Machado, P. P., Sinai, D., Bento, T., & Salgado, J. (2014). Narrative Therapy vs. Cognitive-Behavioral Therapy for moderate depression : Empirical

evidence from a controlled clinical trial. *Psychotherapy Research*, 24(6), 662-674. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.874052>

Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Fassnacht, D. B., Machado, P. P., et 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.

Micas, M., Arbus, C., Nourhashemi, F., et Vellas, B. (2003). Prise en charge de la dépression de la personne âgée. *La Revue de Gériatrie*, 6.

M. Legrand, V. de Gaulejac et al., *Intervenir par le récit de vie : entre histoire collective et histoire individuelle*, Ramonville-Saint Agne, Erès, 2008.

Monfort, J. (2001). Spécificités psychologiques des personnes très âgées. *Gérontologie et société*, 24(98), 159-187. <https://doi.org/10.3917/gs.098.0159>

Mori, S., et Rouan, G. (2011). *Les thérapies narratives* (pp. 57-74). De Boeck Supérieur.

Mori, S. (2019). Chapitre 1. Histoire de la thérapie narrative. Dans : , S. Mori, *Pratiques de la thérapie narrative: Comprendre et appliquer* (pp. 13-55). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

Mori, S. (2019). Chapitre 4. La thérapie narrative aujourd'hui.... Dans : , S. Mori, *Pratiques de la thérapie narrative: Comprendre et appliquer* (pp. 149-174). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

Mori, S. (2019). Conclusion. Dans : , S. Mori, *Pratiques de la thérapie narrative: Comprendre et appliquer* (pp. 175-176). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

Nasio, J. (2012). La dépression est la réaction à la perte d'une illusion. *Cliniques*, 4, 100-113. <https://doi.org/10.3917/clini.004.0100>

Nyman, A., Josephsson, S., et Isaksson, G. (2012). Being part of an enacted togetherness: Narratives of elderly people with depression. *Journal of aging studies*, 26(4), 410-418.

Olivier Ménégol. (s. d.). *Présentation et règle du jeu* [Photographie]. Des Récits et des Vies. <https://desrecitsetdesvies.com/jeu.php>

Pancrazi, MP. (2010). Le sujet âgé et les psychotropes. *L'information psychiatrique*, 1 (86) : 91-97

Paradiso, S., Vaidya, J. G., McCormick, L. M., Jones, A., et Robinson, R. G. (2008). Aging and alexithymia : Association With Reduced Right Rostral Cingulate Volume. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16 (9), 760-769. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31817e73b0>

Peille, F. (2020). Le travail au quotidien dans un EHPAD: Comment apprivoiser nos peurs ?. *Empan*, 120, 154-159. <https://doi.org/10.3917/empa.120.0154>

Poncelet, V. (2008). Récit de vie et aide thérapeutique. In *Intervenir par le récit de vie* (pp. 291-312). ERES.

Ponty, M., Vinay, A., Rexand-Galais, F. (2017, avril). Accompagner l'entrée en EHPAD. *ScienceDirect*. Consulté le 26 décembre 2021, à l'adresse <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1627483016300411>

Rahmani, P., et 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.

Ricoeur, P. (2012). Time and narrative, Volume 1. In *Time and Narrative*, Volume 1. University of Chicago press.

Ricoeur P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : édition du Seuil

RIGAUD et al. (2013). Comité National pour la Bienveillance et les Droits des Personnes Agées et des Personnes Handicapées (CNBD) Prévention du suicide chez les personnes âgées. Consulté le 26 avril 2022, à l'adresse https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNBD_Prevention_du_suicide_Propositions_081013.pdf?TSPD_10_1_R0=087dc22938ab20004bbe02585aa369a21ee1572ba4725ff4ec6bf864a72bfd2ef041d3a918ef220a084f37e7721430000ee56ab3da33e239b8b7aeb0f7c3c6bbb4687de6255118bd0317966b8fb70dcf6777b7873ee205cac3f70698adc02c18

Soullignac, R., Calzada, G., Meid, S., Khazaal, Y., et Khan, R. (2011). Thérapie narrative de groupe en alcoologie: Construire ensemble de nouvelles histoires de vie. *Alcoologie et addictologie*, 33(4), 345-349.

Tétaz, J. (2014). L'identité narrative comme théorie de la subjectivité pratique. Un essai de reconstruction de la conception de Paul Ricoeur. *Études théologiques et religieuses*, 89, 463-494. <https://doi.org/10.3917/etr.0894.0463>

Thuile, J., Even, C., et Guelfi, J. D. (2007). Validité du concept de dépression vasculaire: une revue de la littérature [Validity of vascular depression as a specific diagnostic: a review]. *L'Encephale*, 33(1), 39-48. [https://doi.org/10.1016/s0013-7006\(07\)91557-2](https://doi.org/10.1016/s0013-7006(07)91557-2)

Tiikkainen, P., & Heikkinen, R. L. (2005). Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging & Mental Health*, 9(6), 526-534.

Tison, P., et Hautekeete, M. (2005). Activation de pensées automatiques négatives spécifiques vers 60 ans chez des sujets déprimés âgés de 20 à 99 ans. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 15 (2), 61-68. [https://doi.org/10.1016/S1155-1704\(05\)81218-2](https://doi.org/10.1016/S1155-1704(05)81218-2)

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

Trouillet, R., et Gély-Nargeot, M. C. (2009). Mécanismes de défense et dépression du sujet âgé institutionnalisé. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(2), 119-126. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2006.12.016>

Vie publique.fr. (2021). *Ehpad : un tiers des seniors en détresse psychologique*. Consulté le 26 avril 2022, à l'adresse <https://www.vie-publique.fr/en-bref/273091-ehpad-un-tiers-des-seniors-en-detresse-psychologique>

Viellissement. (s. d.). Larousse. Consulté le 26 décembre 2021, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vieillessement/81927>

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

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

Article internet

Charles Roy : http://www.spg.qc.ca/apq/documentsWeb/sept04_approche_narrative.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Présentation et règle du jeu « des récits et des vies »

Annexe 2 : MMSE (mini-mental state examination) de Folstein (1975)

Annexe 3 : STAI-Y – (Inventaire d’anxiété état-trait) de SPIELBERGER (1983)

Annexe 4 : GDS – (Échelle gériatrique de dépression) de Brink et Yesavage (1983)

Annexe 5 : Tableau test des échantillons appariés

Annexe 6 : Formulaire de consentement

Annexe 1

Présentation et règle du jeu

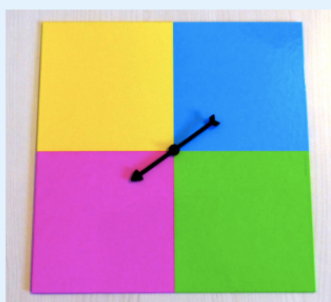
Contenu de la boîte du jeu

- ✓ 1 plateau avec une 1 flèche
- ✓ 100 cartes
- dont 64 cartes avec chacune 1 libellé bleu, rose, vert et jaune
- et 26 cartes Parentalité avec 1 libellé violet
- ✓ 1 notice



Thématique des couleurs

- Bleu : Récits de vie
- Rose : Emotions
- Vert : Valeurs
- Jaune : Imaginaire



Nombre de joueurs

De 4 à 8 personnes

Durée du jeu

De 15 minutes à 1 heure

Disposition du jeu :

- ✓ Placez les cartes sur le plateau réparties en 4 piles
- ✓ 1 pile sur chaque carré de couleur
- ✓ Face logo sur le dessus
- ✓ Pour une utilisation avec des parents insérez les cartes "Parentalité" dans ces 4 piles, mélangées aux autres cartes

But du jeu :

- ✓ Libérer la parole
- ✓ Créer du lien
- ✓ Trouver des ressources

Règles du jeu :

- ✓ Un participant donne une pichenette à la flèche
- ✓ Il pioche la carte sur le paquet du carré de la couleur pointée par la flèche et lit à voix haute le texte de la carte
- ✓ Si un parent tire une carte parentalité il lit le texte violet
- ✓ La personne qui tire la carte s'exprime, les autres écoutent, puis chacun s'exprime en regard du libellé, on peut questionner et commenter
- ✓ Quand tout le monde s'est exprimé la carte est placée sous le paquet et le joueur suivant lance la flèche à son tour
- ✓ Si un joueur ne veut pas s'exprimer sur un libellé il peut replacer la carte sous la pile et en piocher une autre sans avoir à se justifier

Conseils pour les professionnels :

- ✓ En groupe : 5 à 8 participants avec un animateur
- ✓ En individuel : en entretien
- ✓ Durée du jeu : 15 à 30 minutes en individuel, 1 heure en groupe selon disponibilité
- ✓ Un cadre sera préalablement défini avant de débiter la rencontre autour des valeurs qui animent l'esprit du groupe
- ✓ Selon les publics il peut être utile de trier les cartes au préalable pour écarter celles qui ne seraient pas adaptées aux personnes accueillies
- ✓ Il est recommandé à l'animateur de se familiariser avec les libellés avant sa première utilisation du jeu

Annexe 2

1

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Nom du patient :		Prénom du patient :	
Date de naissance du patient :	Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date du test :	
Nom et status de l'accompagnant :			
ORIENTATION / 10			
Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez. Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?			
Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :			
1. En quelle année sommes-nous ?			<input type="checkbox"/>
2. En quelle saison ?			<input type="checkbox"/>
3. En quel mois ?			<input type="checkbox"/>
4. Quel jour du mois ?			<input type="checkbox"/>
5. Quel jour de la semaine ?			<input type="checkbox"/>
Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons,			
6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?			<input type="checkbox"/>
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?			<input type="checkbox"/>
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?			<input type="checkbox"/>
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?			<input type="checkbox"/>
10. À quel étage sommes-nous ?			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> sur 10
APPRENTISSAGE / 3			
Je vais vous dire trois mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.			
11. Cigare		Citron	Fauteuil..... <input type="checkbox"/>
12. Fleur	ou	Clé	Tulipe..... <input type="checkbox"/>
13. Porte		Ballon	Canard..... <input type="checkbox"/>
Répéter les 3 mots			<input type="checkbox"/> sur 3
ATTENTION ET CALCUL / 5			
Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?			
14. $100 - 7 = 93$	15. $93 - 7 = 86$	16. $86 - 7 = 79$	17. $79 - 7 = 72$
18. $72 - 7 = 65$			
			<input type="checkbox"/> sur 5
Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?			
RAPPEL / 3			
Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ?			
19. Cigare		Citron	Fauteuil..... <input type="checkbox"/>
20. Fleur	ou	Clé	Tulipe..... <input type="checkbox"/>
21. Porte		Ballon	Canard..... <input type="checkbox"/>
Répéter les 3 mots			<input type="checkbox"/> sur 3
LANGAGE / 8			
Montrer un crayon. 22. Quel est le nom de cet objet ?			
Montrer votre montre. 23. Quel est le nom de cet objet ?			
24. Écoutez bien et répétez après moi : "PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET"			
Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : Écoutez bien et faites ce que je vais vous dire :			
25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite..... <input type="checkbox"/>			
26. pliez-la en deux..... <input type="checkbox"/>			
27. et jetez-la par terre..... <input type="checkbox"/>			
Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : "FERMEZ LES YEUX" et dire au sujet :			
28. "Faites ce qui est écrit"..... <input type="checkbox"/>			
Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :			
29. "Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière."			
			<input type="checkbox"/> sur 8
PRAXIES CONSTRUCTIVES / 1			
Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :			
30. "Voulez-vous recopier ce dessin ?"			
			<input type="checkbox"/> sur 1
SCORE TOTAL			<input type="checkbox"/> sur 30

OUTIL D'ÉVALUATION

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

Annexe 3

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.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
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.				
	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours

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.				

Annexe 4

Échelle GDS-15

	OUI	NON
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 ?		

Tableau : Test des échantillons appariés

		Effectifs	<i>t</i>	<i>ddl</i>	<i>p</i>	Intervalle de confiance de la différence à 95%	
						Inférieur	Supérieur
<i>Scores GDS</i>	Pré-test / Post-test	12	3,77	11	0,003	0,45	1,71
<i>Scores STAY-A</i>	Pré-test / Post-test	12	5,00	11	0,001	1,39	3,60
<i>Scores STAY-B</i>	Pré-test / Post-test	12	6,50	11	0,001	1,10	2,23

Formulaire de consentement

Dans le cadre de mon Master en psychologie de l'Enfant et de l'Adolescent, je réalise une étude portant sur l'impact du jeu "des récits et des vies", basé sur la thérapie narrative, sur les troubles anxieux et dépressifs chez les personnes âgées en EHPAD »

L'objectif de la recherche est d'observer l'efficacité de la participation de personnes âgées présentant des troubles anxieux et dépressifs à des ateliers construits autour du jeu des récits et des vies, basé sur la thérapie narrative.

Pour cela, je requiers votre autorisation pour votre participation à la passation d'une échelle d'anxiété et une échelle gériatrique de dépression (toutes deux d'une durée de 5 à 10 minutes) ; ainsi qu'aux 10 séances du « jeu des récits et des vies » (chacune d'une durée d'environ 1 heure)

Je vous informe que :

- Les informations recueillies demeureront confidentielles et ne seront utilisées qu'aux fins de cette étude.
- Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer à n'importe quel moment du projet, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer, les renseignements qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits.
- Vous pourrez sur demande avoir accès aux résultats de l'étude

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, en signant ce formulaire, vous déclarez que vous consentez à participer à cette étude.

Nom :

Prénom :

Date :

Signature :