



HAL
open science

**Colloque : Littérature ← Écritures → Soins
Soignés/soignants : quelles pratiques du récit ? 11-13
mai 2022**

Ketty Steward

► **To cite this version:**

Ketty Steward. Colloque : Littérature ← Écritures → Soins Soignés/soignants : quelles pratiques du récit ? 11-13 mai 2022. Littérature ← écritures → Soins Soignés/soignants : quelles pratiques du récit ?, Sylvie Brodziak; AMarie Petitjean, May 2022, Cergy (CY Cergy Paris université), France. hal-04370792

HAL Id: hal-04370792

<https://univ-paris8.hal.science/hal-04370792v1>

Submitted on 4 Jan 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Copyright

Apports d'un dispositif groupal autobiographique dans la dépression chez les personnes âgées

Ketty Steward

Résumé

Les abords narratifs peuvent être bénéfiques chez la personne âgée (Gill & al., 2020 ; Lai, & al., 2018).

En prenant appui sur la notion d'identité narrative (Michel, 2003), nous avons élaboré un dispositif autobiographique adapté pour les patients d'un hôpital de jour en psychiatrie du sujet âgé et souffrant de dépression.

Âgés de plus de soixante ans et souffrant fréquemment de pathologies somatiques, ces personnes sont invitées, une fois par semaine, à évoquer au sein d'un groupe thérapeutique, oralement et par écrit, des souvenirs autobiographiques sur un thème donné.

Les premiers résultats et l'analyse de l'expérience de quelques participants nous confirment les bénéfices de ce dispositif et suggèrent des pistes pour comprendre les modes d'action de cet accompagnement narratif.

Ketty Steward est écrivaine, psychologue clinicienne à l'Espace Phare (Les Ailes Déployées) à Paris et doctorante en psychologie à l'Université Paris 8 Vincennes Saint-Denis. Elle prépare, sous la direction d'Arnaud Plagnol, une thèse sur le thème « Approches narratives et vieillissement » au sein du Laboratoire de Psychopathologie et Processus de changement.

Introduction

Cet après-midi-là, le thème du groupe « Autobiographie guidée » est le travail. Monsieur I, 77 ans, soigné à l'hôpital de jour en psychiatrie pour dépression annonce que ce thème est douloureux pour lui.

Il raconte l'arrivée de l'informatique dans son service, qui a, selon lui, contribué à sa mise à l'écart. « Une boucherie », dit-il, en expliquant n'avoir jamais pu s'y faire.

Madame M, 88 ans, réagit. Elle aussi se souvient de cette révolution. Elle décrit les machines et son enthousiasme à leur arrivée. Elle a vite appris et a aidé des collègues à s'y adapter.

Monsieur I s'écrie : « J'aurais dû avoir une collègue comme toi, ça aurait tout changé ! »

Puis il réfléchit et déclare que, finalement, ce n'est pas certain.

Au bout de près de 40 ans, il n'avait plus envie de poursuivre sa carrière. S'arrêter était une bonne chose.

À l'écrit, il retrace l'évolution de sa vie professionnelle et raconte de quelle façon il a choisi de partir en préretraite.

Exit la fatalité, monsieur I s'est redressé physiquement.

Cette scène se déroule au cours d'une recherche sur la narrativité et la dépression du sujet âgé et illustre de quelle façon le dispositif proposé permet aux participants de retrouver des souvenirs, de raconter leur histoire, de la relier à d'autres, de la reconfigurer et de se raconter différemment.

Le présent article se propose, après un point sur la dépression du sujet âgé et sur les concepts mobilisés pour servir de base au dispositif proposé, de rendre compte à partir de quatre cas, de ce que permet l'autobiographie groupale.

1. La dépression du sujet âgé

La dépression est un trouble grave, fréquemment sous-estimé, qui prend chez les personnes âgées des formes particulières et qui affecte la mémoire, notamment autobiographique.

Un trouble invalidant avec des spécificités

En octobre 2021, le site de l'Organisation mondiale de la santé [OMS] confirmait la tendance au vieillissement global de la population en précisant qu'« entre 2015 et 2050, la proportion des 60 ans et plus dans la population mondiale va augmenter de 34 % » (OMS, 2021). On y apprend aussi que « d'ici 2050, les personnes âgées de 60 ans ou plus seront plus nombreuses que les adolescents et les jeunes âgés de 15 à 24 ans. »

La même organisation nous indique que, dans le monde, « environ 15 % des adultes âgés de 60 ans et plus souffrent d'un trouble mental. » Parmi ces derniers, la dépression qui représente le trouble mental le plus fréquemment rencontré chez les plus de 60 ans (Rajji, 2017), alors même qu'elle serait « insuffisamment dépistée, sous-diagnostiquée et non ou mal traitée », d'après Pinquier et ses collègues (2003).

D'après la classification internationale des maladies [CIM] (OMS, 2018), un épisode dépressif se caractérise de la façon suivante :

(...) un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances et peut s'accompagner de symptômes dits « somatiques », par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. (Organisation mondiale de la santé, 2018, p. 190)

Le trouble dépressif récurrent se manifeste, quant à lui par la répétition d'épisodes dépressifs.

La dépression est une cause d'incapacité totale chez les plus de 60 ans (OMS, 2017) se manifestant selon des modes d'expressions variés (Gallarda & Lôo, 2009), souvent

« intimement liés à une histoire individuelle » (Pinquier et al., 2003), et qui s'écartent du tableau classique rencontré chez l'adulte plus jeune.

Blazer (2000) souligne aussi, pour les plus âgés (« *the oldest old* »), l'intrication fréquente de troubles psychiques et physiques, avec des remaniements importants dans les rôles sociaux (retraite, deuils, dépendance...).

Les personnes âgées suivies en psychiatrie pour des troubles dépressifs présentent donc des problématiques spécifiques, car elles cumulent les atteintes liées au vieillissement, impliquant très souvent des pathologies organiques, et les atteintes liées à leurs troubles mentaux.

Ces patients, souvent considérés comme des « chroniques irréversibles » (Léger, 2004), nécessitent une attention particulière prenant en compte les comorbidités tant psychiatriques que somatiques.

Leurs processus de mémoire portent, eux aussi, la trace de cette pathologie.

Mémoire autobiographique et dépression

« La mémoire autobiographique est généralement définie comme la capacité à récupérer des informations portant sur soi-même (self) » (Lemogne et al., 2006). Les travaux de Cédric Lemogne et son équipe montrent que les processus mnésiques autobiographiques sont perturbés par la dépression. En effet, dans les expériences de remémoration avec des indices, on remarque, chez les personnes dépressives, une tendance à la surgénéralisation, la congruence des souvenirs avec l'humeur dépressive, ainsi que la fréquence de souvenirs intrusifs à valence négative :

- La surgénéralisation (*overgeneralised memory*) signifie que les personnes rapportent moins de souvenirs spécifiques, c'est-à-dire, en lien avec un événement survenu une seule fois et ayant duré moins d'une journée et plus de souvenirs catégoriels ou généraux, c'est-à-dire, des événements répétés ou des périodes de temps plus étendues.
- La congruence des souvenirs avec l'humeur dépressive traduit le fait que « sur un plan quantitatif les sujets déprimés rappellent plus d'événements de vie négatifs et plus rapidement que les positifs. »

- Les souvenirs intrusifs sont des « souvenirs spontanés, pénibles et vivaces » qui surviennent sans lien avec la remémoration volontaire en cours.

Se raconter, acquiert, dans ces conditions, une coloration particulière.

2. Narrativité et soin

Les approches d'accompagnement des personnes âgées par le récit sont en essor, elles reposent sur la notion d'identité narrative telle que théorisée par Ricœur et sont indissociables du rapport au temps.

Les approches narratives chez les personnes âgées

Les approches narratives du soin s'inscrivent dans un mouvement plus large qui a vu l'émergence, ces dernières années, de nouvelles approches du soin, complémentaires de la clinique fondée sur les données probantes (*evidence-based practice*) qui délaisse le vécu subjectif des personnes soignées et les aspects non médicaux de leur existence (Plagnol, Pachoud, & Granger, 2018).

Les *approches narratives* proposent une meilleure prise en compte de l'histoire des individus, donnant aux personnes soignées la possibilité de s'exprimer sur cette histoire.

Parmi les méthodes narratives les plus couramment utilisées en gérontologie, la reminiscence, la rétrospective de vie (*life review*) et l'autobiographie guidée (Birren & Deutchman, 1991) sont considérées comme bénéfiques pour la « vie intérieure » des personnes âgées (Villanea Salazar, 2015).

Le récit de vie s'est également avéré pertinent pour les personnes âgées en institution (Schmutz-Brun et al., 2019).

Les effets positifs des méthodes narratives contre la dépression ont été confirmés (Chan et al., 2014; Lamers et al., 2015). Des travaux récents attestent de leur efficacité pour améliorer le bien-être général de femmes retraitées (Karmiyati et al., 2020), diminuer les symptômes dépressifs de personnes âgées vivant chez elles (Lai et al., 2018) ou constituer une alternative aux traitements pharmacologiques de la dépression (Gill et al., 2020).

Toutes ces approches ont en commun le concept de récit.

Récit, narrativité, identité narrative

Pour Ruthelen Josselson, « les récits ne sont pas des collections de faits, de choses exactes, mais un système à donner du sens qui extrait ce sens de la masse chaotique de perceptions et d'expériences de la vie. » (Josselson, 1998, p. 897)

Un tel système est souvent décrit en référence au philosophe Paul Ricœur (1913-2005), à qui l'on doit la notion d'identité narrative, proposée essentiellement dans ses ouvrages *Temps et Récit* et *Soi-même comme un autre*.

Ioana Vultur précise quelles sont, pour elle, les motivations du travail de Ricœur. « L'intérêt de Ricœur pour le récit part d'un souci philosophique : selon lui, les philosophes n'ont pas réussi à dépasser l'aporie entre le temps intérieur, c'est-à-dire le temps subjectif de la conscience, et le temps extérieur, le temps cosmique, et à penser ces deux versants du temps ensemble. Si donc Ricœur accorde un rôle cognitif très important au récit, c'est parce que, selon lui, seul le récit peut faire la médiation entre ces deux temps : le temps ne se laisse pas conceptualiser, mais seulement raconter. » (Vultur, 2021)

Le récit consisterait donc en une mise en intrigue visant à rendre compte du temps vécu, tout en donnant un sens à la succession des événements.

Pour Vultur, Ricœur « définit la narrativité à partir de la mise en intrigue, tout en montrant que cette dernière est ancrée dans l'expérience et qu'elle refigure l'expérience. » (Vultur, 2021)

Dans son ouvrage, *Soi-même comme un autre*, Ricœur relie l'identité narrative à la capacité que nous aurions à nous reconnaître dans les œuvres littéraires disponibles. (Ricœur, 1990)

La narrativité, qui en découle, est une propension à structurer sa propre vie en suivant les règles de mise en intrigue propres au récit.

L'identité narrative serait donc une manière de se raconter, c'est-à-dire, l'organisation particulière, que donne chacun, à une sélection des différents éléments de sa vie vécue, susceptible de produire un récit intelligible et cohérent à un moment précis.

Récits et Rapport au temps

Le récit de soi est construit ici et maintenant, dans un contexte spatial, temporel et social donné. « Nous choisissons », rappelle Josselson, « les facettes de notre vécu qui nous conduisent au présent et rendent l'histoire de notre vie cohérente. C'est seulement dans une

position herméneutique que nous sommes en mesure d'étudier l'origine et la reformulation qu'opèrent les individus à la recherche de leur propre sens. » (Josselson, 1998, p. 898)

Le récit organise donc des éléments sélectionnés du passé, du présent, mais contient aussi les germes du futur tel qu'il est envisagé.

« La continuité et le changement sont rapportés dans la forme narrative. Un récit "suffisamment bon" contient le passé dans les mots du présent et trace un avenir imprévisible, bien qu'il contienne les éléments sur la base desquels l'avenir sera créé. » (Josselson, 1998, p. 898)

Tels sont les principaux éléments théoriques qui servent d'assise au dispositif groupal que nous avons proposé à des personnes âgées suivies pour dépression.

3. Méthode

Le dispositif d'autobiographie guidée est proposé à des patients d'un hôpital de jour en psychiatrie du sujet âgé qui ont 60 ans ou plus et un diagnostic principal de dépression, avec l'objectif d'un effet bénéfique; tant sur les aspects symptomatiques de la dépression (humeur et ralentissement) que sur le vécu existentiel associé en particulier le rapport au temps.

Évaluation

L'évaluation quantitative, avant et après les dix sessions d'autobiographie, porte sur la dépression, l'anxiété et la perspective temporelle :

- L'échelle Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) permet de mesurer la sévérité de la dépression en évaluant la gravité des symptômes dans des domaines variés.
- L'inventaire d'anxiété état-trait (State Trait Anxiety Inventory = STAI) de Spielberger mesure la dimension psychologique de l'expérience anxieuse.
- L'échelle de perspective temporelle de Zimbardo (Zimbardo & Boyd, 1999) rend compte du rapport au temps par la mesure de différentes dimensions de la perspective temporelle : « l'extension temporelle qui correspond à la profondeur passée ou future dans laquelle se projette l'individu ; l'orientation temporelle prédominante, c'est-à-dire, le registre temporel préférentiel dans lequel pense et agit

l'individu ; et enfin, l'attitude temporelle qui correspond à la valence attribuée aux différents registres qui composent la [perspective temporelle] » (Apostolidis & Fieulaine, 2004)

L'évaluation qualitative, elle, s'appuie sur des grilles d'observation annotées en cours de session et sur l'analyse d'entretiens semi-dirigés proposés à chaque participant en fin de session :

- Les grilles d'observation visent à collecter des éléments sur ce qui se passe pendant chaque séance pour le groupe d'autobiographie guidée et pour chaque participant, ainsi que des éléments concernant le texte rédigé.
- Le guide d'entretien indique les thèmes à aborder avec les participants après la participation au dispositif : évolution de la dépression et récit de vie. Ces thèmes sont déclinés en sous-thèmes correspondant aux attendus théoriques pour une méthode narrative conçue pour agir sur la dépression : souvenirs marquants, projets, humeur,...

Les entretiens font l'objet d'une Analyse phénoménologique Interprétative (IPA) (Castillo, Bioy, & Koenig, 2021) qui permet d'identifier de nouveaux thèmes pertinents et d'approcher, le plus possible, d'une lecture de l'expérience subjective des participants.

Le dispositif groupal d'autobiographie

Il s'agit d'une médiation de groupe qui articule parole et écriture et se déroule en dix séances.

Le groupe est composé de 6 à 8 patients et se réunit une fois par semaine pendant une heure trente avec une psychologue, dans une salle d'activité, autour d'une table.

Les participants sont invités à raconter quelque chose de leur vie en lien avec le thème du jour.

Les thèmes proposés sont : *le temps, la famille, le travail, l'argent, le sexe et le genre, la nourriture, le corps et la santé, la mort, les voyages, les arts.*

Une séance-type démarre par le rappel du thème de la semaine précédente et la remise à chaque participant de son cahier d'autobiographie, avec l'énoncé, à l'oral, d'un résumé narratif élaboré par la psychologue.

Le thème du jour est ensuite annoncé et amorcé par une référence culturelle partagée : un conte, un mythe ou une fiction connue.

Une discussion s’amorce alors, au cours de laquelle chaque participant a la possibilité d’annoncer s’il a trouvé une façon de se raconter en lien avec le thème et de livrer éventuellement ses premières idées.

Puis le groupe écrit pendant au moins vingt minutes.

Les participants lisent ensuite, à tour de rôle, leur texte qui donne lieu à des commentaires et des questions de la psychologue et du groupe.

La psychologue résume la séance, notamment en soulignant le ou les thèmes secondaires qui sont apparus. Le thème de la semaine suivante est alors annoncé.

4. Refigurer son expérience de vie – 4 cas

Cette recherche est toujours en cours et deux autres sessions de groupe sont programmées pour la mener à bien.

L’analyse des données quantitatives (échelles) et qualitatives (grilles d’observation et entretiens) recueillies avant et après le dispositif n’aura de sens qu’une fois l’étude entièrement menée.

Nous pouvons, toutefois, mettre en lumière le parcours de quatre participants qui ont, au sein d’un premier groupe de six, bénéficié d’une session complète d’autobiographie guidée.

Monsieur A : relire sa propre odysée

Monsieur A, 73 ans souffre d’un trouble dépressif récurrent. Il est présent à l’hôpital de jour depuis l’automne 2019 et aborde la médiation avec curiosité.

Son profil de perspective temporelle est marqué par un « Passé Négatif » dominant. Le score à la MADRS de Monsieur A s’élève à 22, ce qui correspond à une dépression moyenne. L’anxiété état est à 38, pour une anxiété habituelle à 48.

D’entrée de jeu, Monsieur A se présente comme ayant côtoyé les plus grands. L’histoire de sa famille se recoupe avec l’histoire de France et sa réussite semble tracée. Au lieu de quoi, des choix malheureux, des coups du sort, vont l’éloigner de ses objectifs. Il voyage beaucoup et croise des gens qui l’aident, mais aussi d’autres qui lui font tort.

Ses écrits sont des récits piquants, drôles quelquefois et avec une chute. Mais il arrive que certaines de ses phrases restent obscures, un peu mystiques.

Monsieur A dépeint ses proches de façon presque caricaturale, mais son propre personnage gagne en nuance au fur et à mesure des séances.

Il a plaisir à revisiter son histoire et le groupe, qui découvre l'étendue de sa culture, l'en félicite.

Il dit, à la fin d'une séance : « Merci de nous permettre de nous raconter. »

Monsieur A est ravi d'être écouté.

Il applaudit en prenant connaissance des résumés narratifs proposés d'une fois sur l'autre, il les trouve « justes ».

« Je n'ai jamais autant appris sur moi en aussi peu de temps », dit-il encore, tandis que nous soulignons la répétition de la fuite tout au long de son existence. Partir et encore partir. Dans sa tête aussi.

À l'occasion de l'entretien de fin de session, Monsieur A parle, pour la première fois, de la place, importante, de la religion dans sa vie.

En fin de session, le profil de perspective temporelle de Monsieur A est un peu modifié. L'orientation « Passé Négatif » s'est atténuée, au profit du présent, autant « Présent Fataliste » que « Présent Hédoniste », ainsi que de l'orientation « Futur ».

Son score à la MADRS de 24 reste dans la fourchette correspondant à une dépression moyenne, mais la différence entre l'anxiété trait et l'anxiété état est plus importante. L'anxiété état est à 31.

Madame B : rassembler les morceaux

Madame B a 70 ans et arrive tout juste à l'hôpital de jour après une hospitalisation demandée par ses proches à la suite d'un épisode dépressif sévère.

En début de session, le profil de perspective temporelle de Madame B est dominé par l'orientation « Passé Négatif ».

Son score à la MADRS, de 40, la place dans la catégorie des dépressions sévères. Son anxiété habituelle s'élève à 55 quand l'anxiété du moment est à 54.

Madame B nous fait part, aussitôt, de sa crainte de ne pas oser s'exprimer et de ne pas être assez instruite pour écrire correctement. Elle se lance tout de même et produit un discours très positif. Les superlatifs ne manquent pas, tout est merveilleux, mais assez peu spécifique.

Dès sa deuxième séance, cependant, des nuances se dessinent et les expressions utilisées sont plus personnelles. Madame B évoque, dans des écrits plus factuels, ses regrets et les obstacles à son épanouissement, présents dès son enfance.

Madame B en discute avec le groupe et se montre curieuse de leurs propres expériences.

Elle parle aussi, au fil des séances, des différents accidents intervenus dans son parcours de vie, comme si elle les découvrait en même temps que nous.

« Et pourtant, vous êtes là », lui répondons-nous, inlassablement.

Madame B déclare avoir « des problèmes » avec l'argent, qu'elle dépense sans compter et la nourriture, dont elle se prive. Elle pose des mots sur ce qui lui est difficile et le groupe qui les reçoit lui témoigne que ce qu'il nous reste d'elle est digne d'intérêt et suffisant.

« Ça nous aide de nous ouvrir », dit-elle en commentant l'activité.

Les deux dernières séances, sur l'art et le voyage, sont celles où Madame B parle pour la première fois d'avenir. Les voyages qu'elle a prévu de faire, moins longs, mais plus prometteurs que ceux de son passé, et l'art qui, doucement, entre dans sa vie.

Lors de l'entretien de fin de session, Madame B dira avoir commencé à écrire, pour elle, chez elle, pour voir plus clair dans ce qu'elle vit au quotidien, le positif comme le négatif.

En fin de session, le « Passé Négatif » du profil de perspective temporelle de Madame B s'est estompé au profit des autres orientations.

Son score de MADRS est descendu à 27, ce qui correspond à une dépression moyenne et ses scores d'anxiété sont inchangés.

Mme C : être la dernière vivante

À 88 ans, Madame C est arrivée à l'hôpital de jour depuis six mois seulement quand commence la session d'autobiographie. Elle essaie de retrouver ses marques après une hospitalisation à temps complet pour un épisode dépressif sévère. Étant un peu sourde, elle reçoit les consignes par écrit et les annonce au groupe.

En début de session, c'est l'orientation « Passé Positif » qui domine dans le profil de Madame C. Son score à la MADRS de 28, la classe dans les dépressions moyennes. Ses scores d'anxiété état, avant et après sont assez discordants, ne permettant pas d'interprétation fiable.

Madame C raconte de quelle façon elle a frôlé la mort, très jeune, et comment, sa famille, sur un malentendu, s'était rassemblée pour son enterrement. « Je suis toujours là. Je les ai tous enterrés », dit-elle dans un éclat de rire doux-amer.

Madame C se sent seule. Tous ceux qu'elle a connus sont morts et elle, elle survit à tout. Cette situation n'est pas toujours drôle !

Ses textes comportent toujours un trait d'humour, mais lors des discussions, elle livre ses doutes et questionnements existentiels.

Madame C. raconte, un jour, le souvenir d'une tentative de suicide en précisant : « C'est la première fois que je parle de ça. »

Le souvenir précis de moments où elle a su profiter de la vie lui revient, comme ce voyage en Amérique du Nord qu'elle décrit avec beaucoup de détails.

Au cours de l'entretien de fin de session, Madame C déclare : « Ça m'a soulagée, je suis une personne que je garde tout, c'est mauvais »

Le profil de perspective temporelle de Madame C est plus équilibré entre les différentes orientations, en fin de session. C'est désormais le « Passé Négatif » qui domine.

Le score de dépression est légèrement diminué, passant de 28 à 25.

Madame F : accéder au « Je » et retracer son parcours

À 89 ans, Mme F fréquente l'hôpital de jour depuis quatre années. Elle parle plus facilement de ses maux physiques de tous les jours que de son histoire de vie. Elle a mal au genou, dort mal, s'inquiète en regardant les informations en continu à la télévision.

Le profil de perspective temporelle de Madame F est, en début de session, dominé par l'orientation « Présent Fataliste ». Son score à la MADRS s'élève à 35, ce qui indique une dépression sévère. Le niveau d'anxiété actuelle est à 33 pour une anxiété habituelle de 44.

Quant à son histoire, Madame F dit avoir travaillé toute sa vie « au service des autres » et s'être consacrée à ses nombreux frères et sœurs.

Pendant les séances d'autobiographie, Madame F raconte des souvenirs à l'oral, mais au passage à l'écrit, elle trouve que sa vie n'est pas intéressante. Alors, elle préfère dissenter de manière abstraite et dispenser des leçons de vie : « L'argent peut ouvrir toutes les portes », écrit-elle, ou « il faut prendre soin de son corps. »

Madame F se cache derrière des généralités et donne des conseils qu'elle avoue n'avoir, elle-même, jamais vraiment suivis. Une fois, elle oublie de se cacher et un « Je » fait son

apparition. « J'aime mieux commander qu'être soumise », déclare-t-elle, s'agissant du thème « sexe et genre ».

Mais, la plupart du temps, la trace écrite n'est pas un récit, tout au plus, une formule d'affirmation.

Il n'empêche que, pour Madame F, « il se passe des choses ». Elle commente abondamment les séances : « Vous nous réveillez des souvenirs. », « on se corrige, on revoit nos vies ».

Ses écrits sont tissés de généralisations, sans mention de lieu, sans dates, même approximatives. Mais Madame F manifeste son intérêt pour les écrits des autres patients. Elle les encourage et les félicite.

À la toute dernière séance, Madame F s'écrira enfin et s'écriera : « J'aime votre truc, vous avez vite cerné mon point faible. Je me trouve, je me laisse aller, je parle du "Je", maintenant ».

Son récit sur l'art révèle un lien ancien et puissant avec la musique.

Madame F conclura cette séance en constatant : « Je m'oublie. J'ai du mal à parler de moi. »

Lors de l'entretien de fin de session, elle se dira prête à entamer un suivi psychologique en individuel.

En fin de session, l'orientation dominante dans le profil de perspective temporelle de Madame F est le « Passé Négatif ». Le « Passé Positif » est plus présent également.

Le score de dépression est descendu à 27, c'est-à-dire, dans la catégorie des dépressions moyennes, tandis que le score d'anxiété actuelle a augmenté.

Quelques éléments issus des premiers entretiens

Après la dernière séance du groupe, les participants sont reçus un par un pour évoquer leur vécu de la dépression et leur expérience de l'autobiographie guidée.

La dépression est questionnée suivant les items de la MADRS, mais est aussi librement évoquée par les participants qui font état de maux physiques et de douleurs, ainsi que d'une fatigue très présente. Ils parlent également d'un sentiment de dépossession de leurs choix et de dépendance qui leur est pénible.

S'agissant de l'activité, les participants y voient une forme de « bilan de vie » ou un moment de « réflexion ». Une patiente, faisant écho à la théorie, pense qu'un tel dispositif est

destiné « aux personnes qui ont un problème d'identité et d'affirmation », donc pas à elle. L'un d'eux apprécie surtout d'avoir été écouté, tandis qu'une autre affirme : « Je me suis rendu compte des choses importantes que j'ai réalisées dans ma vie ».

Parfois, il s'agit simplement de ne plus se taire : « Ça défoule, parce que je garde tout pour moi, en écrivant, ça m'enlève. »

Le fait de mener ce travail en groupe est globalement bien reçu par les participants qui se montrent intéressés par le vécu des autres et se sentent soutenus dans leurs prises de parole.

Une participante, cependant, exprime que le regard du groupe l'empêche de se confier. « Ça ne me plaît pas en groupe, je maquille avec des plaisanteries. Je me livre plus facilement en tête à tête ».

Au cours de cet entretien, tous apportent des éléments de leur vie qui n'ont pas été évoqués avant. Ils parlent de leur lien à la religion, d'une rencontre marquante ou d'un événement important, heureux ou malheureux.

Tous évoquent plus ou moins longuement un traumatisme (deuil, agression, guerre, maladie somatique) qu'ils perçoivent comme le « déclencheur » ou « la racine » de leur état dépressif actuel.

En fin d'entretien, les patients situent l'activité d'autobiographie dans leur vie personnelle, indiquant s'ils vont continuer à écrire et ce qu'ils vont faire de leur cahier. « Maintenant, j'ai pris cette petite manie à la maison, quand il y a quelque chose, j'écris. Ça fait du bien ».

Mais ils établissent aussi des liens avec les autres activités auxquelles ils participent à l'hôpital de jour, soulignant une évolution dans leur sentiment d'appartenance à un groupe et rappelant que ce dispositif reste une proposition parmi d'autres, incluse dans une prise en charge plus globale.

Discussion

Le discours des premiers participants recoupe, par bien des aspects, les attendus théoriques, mais vient les compléter et orienter de nouvelles interrogations :

- Les écrits sont-marqués par la surgénéralisation, à des degrés divers et cette empreinte de la dépression dans le récit s'estompe, un peu, à mesure que les personnes se racontent.

- On retrouve, tant dans les entretiens que dans les commentaires en cours de session, la notion ricœurienne d'identité narrative dans l'idée de « se souvenir de qui l'on est », mais aussi celle de « se corriger ».
- La modalité « en groupe », choisie pour le dispositif semble pertinente quand on considère la façon dont les participants s'en saisissent, majoritairement, s'appuyant les uns sur les autres pour la remémoration comme pour la réassurance.
- Alors que la contrainte de thème semble féconde, permettant aux participants à se détourner des souvenirs les plus souvent évoqués pour en trouver d'autres, la limitation de temps les obligerait à opérer des choix et à écrire.

Quelques-unes des limites de la recherche sont toutefois à souligner :

- Les effets constatés ne sauraient être imputés à la seule participation des patients au dispositif d'autobiographie. Ils bénéficient tous d'une prise en charge multiple et pluridisciplinaire.
- Le vieillissement n'est pas une variable contrôlable et il est impossible de dire quel effet il a sur les participants, dans un sens ou dans l'autre.
- De la même façon, l'intrication des troubles somatiques et mentaux, variable selon les individus, a des effets que nous n'avons pas mesurés.
- Le premier groupe a démarré en hiver et s'est terminé au printemps, ce qui pourrait, en soi, avoir des effets sur l'humeur des participants. (Les groupes suivants se dérouleront à d'autres moments de l'année.)
- La posture de clinicienne-chercheuse est un élément qui, d'un côté, favorise la possibilité de se raconter, avec une alliance thérapeutique déjà présente, de l'autre, pourrait engendrer des effets de désirabilité plus accentués.

Conclusion

La possibilité pour des personnes âgées dépressives de raconter en groupe des souvenirs autobiographiques dans un ordre non chronologique apparaît comme une modalité d'accompagnement prometteuse dans le cadre d'un hôpital de jour.

Ce qui en fait un dispositif thérapeutique est non seulement la mise en place du « bilan de vie » appelé de ses vœux par Balier (1976), mais également le cadre, à la fois libérateur et

protecteur de l'expression de chacun, ainsi que le travail d'accompagnement du psychologue, qui, comme le rappelle Josselson, est un accompagnement actif : « Notre tâche intellectuelle en tant que psychologues est d'écrire un méta-récit qui les dépasse. » (Josselson, 1998)

À ce stade de la recherche, des questions restent à explorer : quelle place peut occuper cette médiation dans l'accompagnement global des personnes ? De quelle façon l'articuler avec les autres activités du lieu de soin ? Comment accompagner et maintenir les effets du dispositif ? De quelle façon y associer le réseau et les proches des personnes ainsi accompagnées ? Quels autres types de trames non chronologiques envisager, notamment pour des personnes qui seraient en incapacité d'écrire ?

Références

- Apostolidis, T., & Fieulaine, N. (2004). Validation française de l'échelle de temporalité. *European Review of Applied Psychology*, 54(3), 207-217.
<https://doi.org/10.1016/j.erap.2004.03.001>
- Balier, C. (1976). Éléments pour une théorie narcissique du vieillissement. *Cahiers de la Fondation Nationale de Gérontologie*, (4), 127-153.
- Birren, J. E., & Deutchman, D. E. (1991). *Guiding Autobiography Groups for Older Adults : Exploring the Fabric of Life*. Baltimore, USA: Johns Hopkins University Press.
- Blazer, D. G. (2000). Psychiatry and the Oldest Old. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), 1915-1924. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.12.1915>
- Gallarda, T., & Lhô, H. (2009). Dépression et personnes âgées. *L'Encéphale*, 35(3), 269-280.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.10.013>
- Gill, B. K., Cant, R., Lam, L., Cooper, S., & Lou, V. W. Q. (2020). Non-pharmacological depression therapies for older Chinese adults : A systematic review & meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 88(104037), 1-7.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104037>

- Josselson, R. (1998). Le Récit comme mode de savoir. *Revue française de psychanalyse*, 62(3), 895-908.
- Karmiyati, D., Rahmadiani, N. D., & Hasanati, N. (2020). Life Review Therapy for Improving the Psychological Wellbeing of Elderly Retired Women in Indonesia. *Journal of Social Studies Education Research*, 11(4), 257-274.
- Lai, C. K. Y., Igarashi, A., Yu, C. T. K., & Chin, K. C. W. (2018). Does life story work improve psychosocial well-being for older adults in the community? A quasi-experimental study. *BMC Geriatrics*, 18(119), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0797-0>
- Lamers, S. M. A., Bohlmeijer, E. T., Korte, J., & Westerhof, G. J. (2015). The efficacy of life-review as online-guided self-help for adults : A randomized trial. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(1), 24-34. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu030>
- Léger, J. M. (2004). Pronostic de la dépression du sujet âgé. *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, 2(Suppl), 53-59.
- Lemogne, C., Piolino, P., Jouvent, R., Allilaire, J.-F., & Fossati, P. (2006). Mémoire autobiographique épisodique et dépression. *L'Encéphale*, 32(5), 781-788. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(06\)76231-5](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(06)76231-5)
- Michel, J. (2003). Narrativité, narration, narratologie : Du concept ricœurrien d'identité narrative aux sciences sociales. *Revue européenne des sciences sociales. European Journal of Social Sciences*, (XLI-125), 125-142. <https://doi.org/10.4000/ress.562>
- OMS. (2017, décembre 12). Santé mentale et vieillissement. Consulté à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- OMS. (2021, octobre). Vieillissement et santé. Consulté à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

- Organisation mondiale de la santé (Éd.). (2018). *Classification internationale des maladies ; dixième révision*. Paris: Masson.
- Pinquier, C., Weimann, N., & Pellerin, J. (2003). Le diagnostic d'une dépression chez la personne âgée. *La Revue de Gériatrie*, 837-842.
- Plagnol, A., Pachoud, B., & Granger, B. (2018). *Les nouveaux modèles de soins : Une clinique au service de la personne*. Montrouge, France: Doin - John Libbey Eurotext.
- Rajji, T. K. (2017). Are We Ready for Mental Health Aging? *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 62(11), 752-753.
<https://doi.org/10.1177/0706743717720692>
- Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris: Ed. du Seuil.
- Schmutz-Brun, C., Cassagnol, H., Hersh, D., Varin, M.-J., & Nicole, A.-M. (2019). *Le récit de vie de la personne âgée en institution*. Toulouse, France: ERES.
- Villanea Salazar, M. (2015). Aproximaciones desde la Gerontología Narrativa : La memoria autobiográfica como recurso para el desarrollo de la identidad en la vejez. *Anales en Gerontología*, 7(7), 41-68.
- Vultur, I. (2021). Paul Ricœur et la narratologie : Un dialogue croisé. *Cahiers de Narratologie*, (39). <https://doi.org/10.4000/narratologie.12073>
- Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Putting Time in Perspective : A Valid, Reliable Individual-Differences Metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1271-1288.