

TABLES DES MATIÈRES

1. Introduction	1
1.1. Concepts clefs	2
1.1.1. Les personnes âgées et le vieillissement	2
1.1.2. La dépression.....	7
1.1.3. La réminiscence et rétrospective de vie.....	11
1.2. Cadre théorique de référence : La <i>Story Theory</i> de Liehr et Smith (1999, 2001)	15
1.3. Problématique	16
2. Méthodologie.....	17
2.1. Question de recherche selon PICOT	17
2.2. Stratégie de recherche documentaire	17
2.2.1. <i>Thésaurus et mots clefs</i>	18
2.2.2. <i>Équations de recherche</i>	19
2.2.3. Critères d'inclusion	20
2.2.4. Critères d'exclusion	20
3. Résultats	21
3.1 Présentation des résultats	21
3.1.1 <i>Tableau de présentation des résultats</i>	32
3.2 Synthèse des résultats.....	34
3.2.2. <i>Le dialogue intentionnel et les conditions de l'intervention</i>	36
3.2.3. <i>La connexion avec soi et les autres, et les thèmes abordés</i>	37
3.2.4. <i>La connexion avec soi et les autres, et les fonctions de la réminiscence</i>	37
3.2.5. <i>La création de bien-être et le recouvrement de la santé psychique</i>	39
4. Discussion	41
4.1. Lien avec le cadre théorique	41
4.2. Réponse à la question de recherche	42
4.3. Limites du travail.....	45
4.4. Caractère généralisable des résultats	46
4.5. Recommandations.....	47
5. Conclusion.....	50
Liste de références	51
Annexes	58

1. Introduction

Dans un contexte de vieillissement de la population, le centre d'intérêt de ce travail est la santé mentale des personnes âgées, soit les personnes à partir de 65 ans, et plus spécifiquement la problématique de la dépression chez ces derniers. Les chiffres actuels montrent une prévalence de la dépression de type légère importante dans cette population. Une des explications à cela est que les personnes âgées traversent des événements importants qui ont un potentiel dépressogène, tels que la retraite, le déclin physique ou encore les deuils multiples (Baer, Schuler, Füglistler-Dousse, & Moreau-Grue, 2013 ; Lalive d'Epinay & Cavalli, 2013 ; Talpin, 2013).

Selon certains théoriciens, tels que Butler ou Erikson, durant la période de la vieillesse, la personne âgée effectue un travail psychique en faisant une relecture de sa vie (Talpin ; Webster, Bohlmeijer, & Westerhof, 2010). Si celle-ci rencontre des difficultés à faire ce travail de bilan de vie, cela pourrait entraîner une altération de l'état psychique (Talpin). A partir de ces théories, diverses interventions thérapeutiques existent, telles que la réminiscence ou la rétrospective de vie, utilisant la relecture de vie en groupe ou en individuel. La finalité est d'aider la personne à rétablir une continuité entre ce qu'elle a vécu dans son passé et le moment présent, cela dans un but d'amélioration de sa qualité de vie et de sa santé psychique.

Le but de ce travail de Bachelor, au travers d'une revue de littérature, est de comprendre si l'utilisation de ce type d'intervention par l'infirmière, chez les personnes âgées présentant des symptômes dépressifs, peut avoir un impact positif sur le recouvrement de la santé psychique – en cas de dépression légère – , et plus largement de comprendre les enjeux de cette pratique.

Afin de pouvoir atteindre cet objectif, les concepts de la personne âgée et du vieillissement, de la dépression et de la dépression chez la personne âgée, ainsi que de la réminiscence et de la rétrospective de vie, seront approfondis. Puis, le cadre théorique de la *Story Theory* de Liehr et Smith sera présentée. Cela permettra de faire émerger la problématique de ce travail de Bachelor. Ensuite, après avoir présenté la méthodologie de recherche utilisée, les sept articles sélectionnés seront présentés un à un. Viendra ensuite la synthèse des résultats qui reprendra le cadre théorique choisi. Finalement, la discussion permettra d'avoir un regard critique sur les recherches et soulever certains enjeux qui découlent des thématiques de la réminiscence et de la dépression, chez la personne âgée.

1.1. Concepts clefs

La première partie de la présentation de la problématique va permettre de définir les trois concepts majeurs de ce travail : la personne âgée, la dépression et la réminiscence. Puis, le cadre théorique adapté à la thématique sera présenté. Tout cela permettra d'amener la problématique du travail.

1.1.1. Les personnes âgées et le vieillissement

Afin de présenter ce premier concept, la thématique de l'augmentation de la population âgée sera abordée. Puis, la personne âgée sera définie et différentes manières de catégoriser cette population seront présentées : chronologiquement (3^{ème} - 4^{ème} âge) ou selon le statut fonctionnel (indépendants - fragiles - dépendants). Finalement, il s'agira de décrire les événements qui marquent cette période de la vie et de faire le parallèle entre ceux-ci et la dépression de la personne âgée.

1.1.1.1. Augmentation de la population de personnes âgées

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2015), la population en Europe vieillit. En 2050, les personnes de plus de 65 ans correspondront à 25% de la population européenne, alors qu'aujourd'hui, elles représentent 14% de celle-ci (OMS). Plus spécifiquement, la tranche des personnes de plus de 85 ans devraient, elle, connaître une croissance encore plus importante et être multipliée par quatre d'ici 2050 (OMS, 2016b).

L'augmentation de la population âgée et la modification de la pyramide des âges s'explique par divers phénomènes démographiques: un vieillissement par le bas, au travers d'une baisse de la fécondité; un vieillissement par le haut, avec l'augmentation de l'espérance de vie en parallèle au vieillissement de la génération "baby-boom" (Schmid Botkine & Rausa-de Luca, 2007). La migration, elle, influence aussi cette pyramide, mais en réduisant la vitesse de ce phénomène. En effet, les immigrants en Suisse sont principalement des jeunes adultes (Schmid Botkine & Rausa-de Luca).

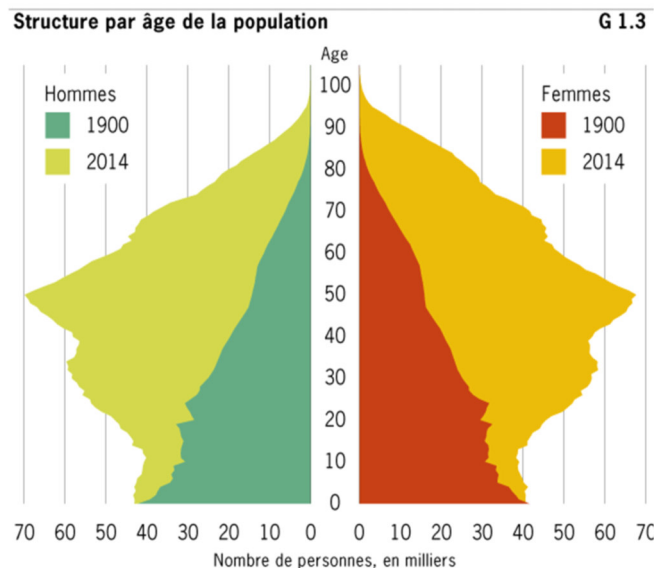


Figure 1 : Tiré de Office fédéral de la statistique [OFS], 2016

L'augmentation de l'espérance de vie est multifactorielle (Monod-Zorzi, Seematter-Bagnoud, Büla, Pellegrini, & Jaccard Ruedin, 2007). Elle est induite par une amélioration des conditions de vie, y compris du niveau socio-économique. Elle est également due à un meilleur état de santé de la population

en général, un meilleur comportement face à sa propre santé, mais aussi aux progrès médicaux du 20^{ème} siècle qui ont entraînés une diminution de la létalité des pathologies aiguës.

En contrepartie, ce sont les maladies chroniques qui ont augmenté, telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'arthrose, les troubles cognitifs, ou encore, la dépression (Monod-Zorzi et al., 2007). Ces dernières peuvent être à l'origine de la dépendance ou de l'incapacité fonctionnelle qui est observée, dans la population très âgée.

Aujourd'hui, en Suisse, les personnes âgées représentent déjà une importante partie de la population. Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS, 2014a), 12,8% de la population a entre 65-79 ans et 5% plus de 80 ans. Dans le canton de Vaud, plus de 32% des plus de 80 ans nécessitent des soins à domicile et 12,5% vivent en institution (OFS, 2015).

2.1.1.2. Définition

Les personnes âgées sont encore définies comme toute personne ayant plus de 60 ans, voir plus de 65 ans (Caradec, 2015), donc à l'âge de la sortie du monde du travail salarié. Cela s'ancre historiquement dans la catégorisation des âges de la vie qui a longtemps été séparée en trois : la jeunesse, l'âge adulte et la vieillesse (Lalive d'Epinay & Cavalli, 2013).

Cependant, face à la réalité de l'allongement de la vie, dans les années 80, les catégories du "4^{ème} âge" ou celle des "old old" sont apparues (Lalive d'Epinay & Cavalli, 2013). La période de la retraite se dissocie de plus en plus de celle de la vieillesse. Une distinction se fait alors entre le "3^{ème} âge", correspondant aux personnes de 65 à 79 ans, et le "4^{ème} âge", correspondant aux personnes âgées de 80 ans et plus (Lalive d'Epinay & Cavalli).

1.1.1.3. Catégorisations des personnes âgées

Le sociologue Vincent Caradec (2015) rend toutefois attentif à la grande hétérogénéité de cette population et à la diversité des trajectoires du vieillissement. Ces différences trouvent souvent leurs origines dans les inégalités d'ordre individuelles et sociales.

Les inégalités dues à des facteurs individuels sont liées : à la génétique, aux événements de la vie, à l'environnement relationnel, au mode de vie adopté en étant plus jeune, ainsi qu'aux ressources de la personne pour y faire face, comme au niveau socio-économique et culturel (Caradec, 2015). Les inégalités dues à des facteurs sociaux sont liées à des éléments tels que : l'accès au travail, aux services, aux commerces et transports ou encore aux équipements (Caradec).

Par conséquent, bien que la catégorisation par âge chronologique (3^{ème} et 4^{ème} âge) ait certains avantages, elle ne reflète pas la complexité et la diversité des parcours individuels.

A partir de la soixantaine, au-delà des événements marquants qui seront abordés ultérieurement, la santé physique est la principale raison de bouleversement dans la vie quotidienne (Lalive d'Epinay & Cavalli,

2013). La catégorisation des personnes âgées selon le statut fonctionnel, qui est décrite en 2008 par C. Lalive d'Epinay et D. Spini, est une autre manière d'appréhender cette population. Les trois catégories de cette nomenclature sont : les indépendants, les fragiles et les dépendants (Lalive d'Epinay & Spini).

Les "indépendants" n'ont pas d'incapacité fonctionnelle, ni d'atteinte dans la santé (Lalive d'Epinay & Cavalli, 2013). 15% des personnes âgées restent indépendantes, jusqu'à leur mort (Lalive d'Epinay & Spini, 2008).

Les "fragiles" n'ont pas d'incapacité fonctionnelle. Ils peuvent accomplir leurs activités de la vie quotidienne (Lalive d'Epinay & Cavalli, 2013). Ils sont toutefois susceptibles de basculer dans la dépendance rapidement, mais ils peuvent aussi retrouver un statut d'indépendance. "La fragilité résulte de la perte de réserves physiologiques et sensori-motrices qui affecte la capacité d'une personne à préserver un équilibre avec son environnement et à le rétablir à la suite de perturbation" (Lalive d'Epinay, 2010). Le processus qui mène à cette fragilité est nommé le processus de fragilisation (Guilley, Armi, & Ghisletta, 2008). Sa vitesse peut être influencée par le mode de vie et le comportement alimentaire, mais aussi par la survenue d'événements ayant un impact sur la santé (pathologies, accidents) (Guilley, Armi, & Ghisletta). Selon Michel (2002), la fragilité découle du phénomène d'allongement de la vie. Aujourd'hui, 40% des personnes âgées restent fragiles, jusqu'à leur mort, sans devenir dépendants (Lalive d'Epinay & Spini, 2008).

Les "dépendants" présentent une incapacité fonctionnelle et ont besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne (Lalive d'Epinay & Cavalli, 2013). 45% des personnes âgées sont dépendantes au terme de leur vie, dont 38% sont d'abord passées par un stade de fragilité (Lalive d'Epinay & Spini, 2008).

De façon plus générale, en Suisse, la population jusqu'à 80 ans est composée principalement de personnes qui sont indépendantes et en bonne santé. Puis entre 80 et 85 ans, les personnes âgées deviennent fragiles et la majorité devient dépendante au-delà de 90 ans (Lalive d'Epinay & Cavalli, 2013). Ces chiffres illustrent, à nouveau, qu'une séparation nette entre les problématiques du 3^{ème} et le 4^{ème} âge ne peut être faite (Lalive d'Epinay & Cavalli). Néanmoins, de façon générale, certains événements ressortent plus particulièrement durant le 3^{ème} ou le 4^{ème} âge. Les études permettent de mettre en lumière les principaux défis psychosociaux auxquels font face les personnes âgées.

1.1.1.4. Le vieillissement et les événements marquants

Les événements qui marquent la vie des personnes âgées, de façon plus ou moins linéaire, sont la retraite, le veuvage, et les effets de la vieillesse pouvant induire un état de dépendance nécessitant le recours aux soins à domicile ou l'institutionnalisation (Caradec, 2015).

Le 3^{ème} âge est principalement marqué par la retraite. V. Caradec propose de considérer "la retraite comme une nouvelle étape de la vie" (2009, p. 39). Jean-Marc Talpin (2013) explique que l'arrivée à la retraite demande à la personne une réorganisation de son temps et ses activités.

A l'heure actuelle, les jeunes retraités se représentent, généralement, la vie à la retraite comme le temps du repos ou alors de la réalisation de soi (Caradec, 2015). Des travaux ont montrés que cette période est marquée par divers phénomènes (Legrand, 2001, cité dans Caradec). Elle peut être caractérisée par une mobilité accrue qu'elle soit définitive (déménagement) ou temporaire (voyages). Elle peut être marquée par une réorganisation de la vie conjugale et/ou la formation de nouveaux couples. De plus, elle peut aussi être marquée par l'exercice du rôle de grands-parents, et en parallèle à celui d'aidant auprès de ces propres parents âgés (Legrand, 2001, cité dans Caradec). Il faut toutefois rester attentif sur le fait que l'arrivée à la retraite peut être vécue de manière très différente. Comme explique Taplin (2013), le retraité ou la retraitée peut commencer par profiter de son temps libre, mais l'inoccupation peut également se transformer en source d'angoisse. De même, la réorganisation au sein du couple, peut être à l'origine de nombreux conflits et parfois mener au divorce. Finalement, la retraite peut être vécue comme une perte de l'utilité sociale et peut mener à une diminution des contacts sociaux (Taplin).

Il faut garder en tête que les infirmières sont plus rarement en contact avec les personnes du 3^{ème} qu'avec celles du 4^{ème} âge, car, de façon générale, elles ont nettement moins besoin de soins.

Le 4^{ème} âge, lui, est davantage caractérisé par la vieillesse qui est marquée par des événements liés à la santé et aux décès de proches (Lalive d'Epinay & Cavalli, 2013). Sur le long terme, il peut être difficile pour la personne âgée de maintenir ce qui a été mis en place à la retraite. Ainsi, elle doit successivement procéder à un réaménagement de son mode de vie (Lalive d'Epinay & Cavalli). Ce phénomène a été nommé: la déprise (Caradec, 2009). Des stratégies de reconversion doivent être mises en place, afin de s'économiser, de continuer à faire des activités et de maintenir des relations privilégiées (Caradec). Par conséquent, la personne âgée passe plus de temps chez elle (Lalive d'Epinay & Cavalli). La déprise s'accompagne aussi de stratégies de reprise qui permettent à la personne de réorienter sa vie (Caradec).

En parallèle, avec l'âge, la probabilité de vivre des décès dans son réseau familial et social augmente (Caradec, 2015 ; Lalive d'Epinay & Cavalli, 2013). Il a été observé que la mort du conjoint ou d'un enfant a un impact important sur la santé psychique et physique des personnes âgées (Lalive d'Epinay & Cavalli). La surmortalité l'année suivant le décès du conjoint le démontre puisqu'elle se chiffre à 70-80% chez les veufs et à 50-60% chez les veuves (Thierry, 1999). L'épreuve du veuvage, va elle aussi, demander un réaménagement du quotidien (Caradec). Pour Caradec (2009), l'expérience du veuvage s'accompagne, premièrement, de l'impression de vide, avec de la perte de la vie au domicile et, dans un second temps, de la solitude, en particulier durant les repas, les soirées.

En somme, entre les décès et le repli sur le domicile, le réseau social se réduit (Caradec, 2015). Il n'en reste pas moins que les relations familiales, pour ceux qui en ont une, restent présentes, voire se développent (Caradec, 2009, 2015). Encore une fois, la diversité individuelle implique une variété dans le vécu et les réactions face à ces événements (Caradec, 2015). Le décès du conjoint peut même, dans

une minorité de cas, mener à un renouveau de l'identité qui peut découler d'une "libération conjugale" (Lalive d'Épinay, 1985, cité dans Caradec, 2015).

Deux autres éléments marquants ont un impact sur la vie sociale et sur l'état psychique de la personne âgée : le recours aux soins à domicile ou/et l'entrée en institution. (Talpin, 2013). En effet, dans les situations où la dépendance s'installe, la personne âgée doit adopter de nouvelles stratégies adaptatives (Caradec, 2015). Dépendamment des ressources financières, des contacts avec la famille, et de la disponibilité de celle-ci, ou encore, du rapport que la personne avec sa santé, elle pourra solliciter une aide professionnelle ou intrafamiliale pour accomplir certaines activités de la vie quotidienne (Caradec).

Malgré cela, la personne âgée dépendante peut devoir intégrer une institution de type établissement médico-social (EMS). Elle le vit souvent difficilement, car c'est rarement un choix personnel, mais plutôt une solution par défaut (Caradec, 2015). Lors de son entrée en institution, le nouveau résident est encore face à de nouveaux défis : se familiariser avec son nouvel environnement, qui est caractérisé par la cohabitation avec des personnes âgées pouvant présenter des altérations physiques ou/et cognitives; et réussir à y maintenir sa propre identité (Caradec). L'adaptation à ce nouveau lieu de vie sera facilitée ou entravée selon les caractéristiques individuelles du nouveau résident, ainsi que par le contexte qui a mené à son institutionnalisation (Mallon, 2005, cité dans Caradec).

De façon générale, la vie sociale des résidents est modifiée. Même si les relations familiales perdurent dans la plupart des cas, il est rare que les personnes sortent de la maison de retraite pour des visites (Caradec, 2015). L'adaptation au nouveau lieu de vie peut être facilitée au travers des contacts avec le personnel soignant et avec les autres résidents (Caradec). De façon générale, les relations entre résidents peuvent être qualifiées de superficielles, c'est-à-dire que tout en restant sociables dans une certaine mesure, ils se tiennent à l'écart les uns des autres (Singly, 2000, cité dans Caradec). De plus, même si des mesures ont été prises durant les dernières décennies pour favoriser l'autonomie des résidents, l'humanisation des lieux et des pratiques, le rythme imposé au personnel soignant peut rendre les relations avec les résidents instrumentales et limitées (Thomas, 1996, cité dans Caradec). En 1961, Goffman a décrit le concept de "l'institution totale", dans lequel l'EMS est perçu comme un lieu clôt (Goffman, 1984). Ces dernières décennies, des efforts sont déployés, afin d'assouplir cette vision de l'institution en proposant des prises en charge mettant l'accent sur les activités quotidiennes, les animations, ou encore en considérant l'EMS comme un lieu de vie dans lequel le résident peut personnaliser son propre espace (Caradec).

En conclusion, le vieillissement peut être vu à partir de divers angles. Il existe des visions à l'extrême l'une de l'autre. Une première, où l'on opte pour un point de vue plutôt négatif qui le résume à un déclin physique et psychique (Caradec, 2015). Ou alors, de l'autre côté, le point de vue positif, voire optimiste, où c'est le "bien vieillir" qui est visé, c'est-à-dire "l'idée qu'il faut s'efforcer d'échapper au déclin" (Caradec, 2015, p. 31). La définition du vieillissement retenue pour ce travail est la suivante :

Le vieillissement est un processus complexe, qui résulte à la fois des trajectoires passées et du contexte présent et au cours duquel s'opère un ensemble de changements dont le maître-mot n'est pas celui de la dépendance, ni celui du déclin, mais bien plutôt celui des épreuves : épreuves des transitions de vie à franchir, épreuve du grand âge (Caradec, 2015, p.115).

Bien que cette définition soit d'obédience sociologique, nous pensons que l'approche par la réminiscence – relevant davantage de la psychologie – peut s'y inscrire dans son caractère dynamique et dans le fait que, malgré les épreuves, la personne peut rester actrice des changements vécus.

1.1.2. La dépression

Afin de passer au deuxième concept central de ce travail, soit la dépression de la personne âgée, il paraît cohérent de commencer par définir la dépression de façon plus générale. Quelques chiffres et critères diagnostiques seront présentés. Ensuite, les problématiques liées à la dépression de la personne âgée seront décrites. Et finalement, les diverses prises en charge, préventives ou curatives, seront, elles aussi présentées, ce qui permettra d'en arriver aux thérapies de réminiscence.

1.1.2.1. Définition

Dans le dictionnaire médical Manuela, la dépression se définit comme un “trouble de l'humeur caractérisé par un fléchissement du tonus neuropsychique, se manifestant par de la lassitude, la fatigabilité, le découragement, la tristesse, la tendance au pessimisme et s'accompagnant quelquefois d'anxiété” (Nicoulin, Manuila, Lewalle, & Papo, 2004, p. 139).

1.1.2.2. Quelques chiffres

L'OMS estime à plus 350 millions, le nombre de personnes qui souffrent de dépression majeure chaque année dans le monde, soit environ 5% de la population (OMS, 2016a).

En Suisse, la tendance est la même, avec une prévalence de 5,2%, soit 6,0% pour les femmes et 4,5% pour les hommes (Baer et al., 2013, p. 28), ce qui fait environ 395'000 personnes touchées.

19% de la population présentent des symptômes dépressifs – 5% souffrent de dépression majeure, symptômes dépressifs au cours des 2 dernières semaines, 2002 et 2007 et dépression majeure au cours des 12 derniers mois, 2007

Fig. 3.1

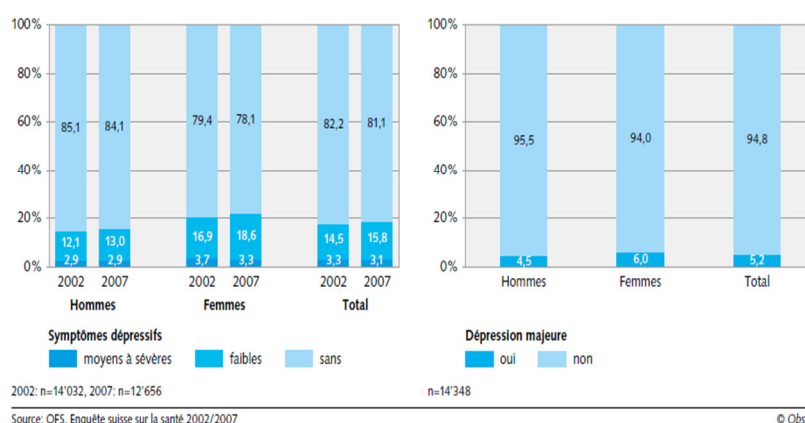


Figure 2 : Tiré de OFS, cité dans Baer et al., 2013, p. 28

En psychiatrie, le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ou DSM-IV (2000) / DSM-V (2013) et de la classification internationale des maladies (CIM-10) (2008) sont couramment utilisés pour classer la dépression selon son intensité (Baer et al., 2013). Le DSM-IV différencie deux troubles selon leur intensité et chronicité : la dépression majeure et la dysthymie (ou dépression subclinique) (American Psychiatric Association [APA], 2000).

Selon les critères diagnostiques, les symptômes d'une dépression majeure durent au minimum deux semaines et se manifestent par une détresse cliniquement significative ou un impact sur le fonctionnement social, professionnel (APA, 2000).

Selon Leblanc, psychiatre, (2016) la dysthymie est, elle, caractérisée par la chronicité du sentiment de tristesse (minimum deux ans). Cette forme de dépression est moins sévère, mais avec tout de même des répercussions à long terme sur la qualité de vie (Leblanc).

Dans le nouveau DSM-V, soit la 5^{ème} édition, la dénomination ou les critères de ses deux troubles ont changé en partie. Le diagnostic de dysthymie n'existe plus et est remplacé par "le trouble dépressif persistant"² (APA, 2013) [Annexe I].

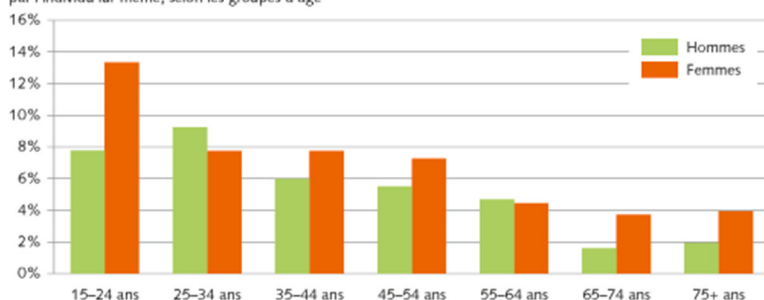
Pour ce travail, les dénominations du DSM-IV seront maintenues car la littérature et les recherches datent de quelques années et sont donc souvent basées sur les diagnostics précédents.

1.1.2.3. Dépression de la personne âgée

La dépression touche toutes les tranches d'âge, y compris la personne âgée. Selon l'OFS (2014b), entre 65 et 74, environ 4% des femmes sont touchées par la dépression majeure, contre 2% des hommes. Pour la population de plus de 75 ans, ce graphique montre parfaitement que les chiffres restent plus ou moins les mêmes.

Dépression majeure, en 2012

Présentation d'une dépression modérée, modérément grave ou grave, sur la base d'un questionnaire rempli par l'individu lui-même, selon les groupes d'âge



Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© OFS, Neuchâtel 2014

Figure 3 : Tiré de OFS, 2014b

Pourtant, les chiffres ne sont pas tout à fait représentatifs du nombre de personnes âgées atteintes de dépression. D'abord si les dépressions légères étaient prises en compte, les chiffres augmenteraient significativement. En effet, cette population est plus souvent atteinte de cette forme-là. Ensuite, cela est également dû à une difficulté pour les médecins à poser le diagnostic. Comme l'explique Lleshi et

² Ce diagnostic regroupe les formes chroniques de la dépression, aussi bien la dépression majeure chronique, que ce qui était considéré comme la dysthymie dans le DSM-IV (APA, 2013).

Bizzozzero (2009) “les critères diagnostiques “traditionnels” tels que présentés par le DSM-IV et la CIM-10 sont souvent difficiles à utiliser chez le sujet âgé déprimé” (p. 1789).

La figure ci-dessous (Baer et al., 2013, p. 33) montre que les symptômes dépressifs augmentent avec le vieillissement. Les personnes âgées ont un risque accru que les symptômes dépressifs légers deviennent chroniques et s’aggravent (Baer et al.). De plus, il faut prendre en compte le fait que ces chiffres n’incluent pas les personnes âgées résidant en institution. Ces chiffres augmenteraient si cette population était incluse, car selon Hazif-Thomas, Bouché, Bonvalot et Thomas (2007, cité dans Lleshi & Bizzozzero, 2009), 10-45% des personnes en institution sont dépressives.

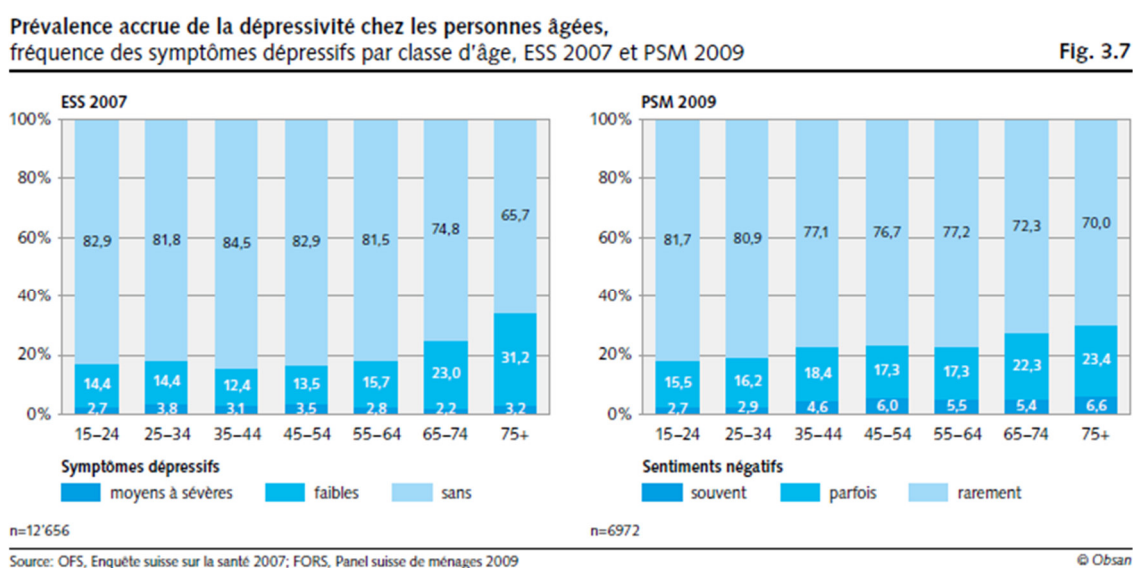


Figure 4 : Tiré de OFS, cité dans Baer et al., 2013, p. 33

De façon générale, la dépression est facilement ignorée ou peu traitée chez la personne âgée (Lleshi & Bizzozzero, 2009). Le 60-70% des dépressions ne seraient pas diagnostiquées, pour cette population (Lleshi & Bizzozzero).

Les raisons du sous-diagnostic peuvent également être dues aux représentations de la personne âgée dans la société (il est “normal” d’être déprimée vieillissant), ainsi qu’à un manque de connaissances des professionnels (Vézina, Cappeliez, & Landreville, 2013).

Thomas (2013) relève qu’une bonne connaissance des pathologies psychiatriques courantes chez la personne âgée (dépression, délirium et démence) est essentielle. Les différences sont très fines et les erreurs diagnostics vont induire de mauvaises prises en charge (Thomas).

1.1.2.4. Prise en charge

La prise en charge de la dépression concerne divers professionnels de santé. Premièrement, il y a le médecin qui diagnostique et prescrit la suite des traitements, qu’ils soient pharmacologiques ou psychothérapeutiques. Après, il y a les psychothérapeutes, psychologues et psychiatres qui s’occupent

de la mise en place de la psychothérapie et du suivi psychologique. L'infirmière a aussi une place dans la prise en charge de la dépression. Les paragraphes ci-dessous décrivent certains champs d'action de l'infirmière.

L'infirmière peut intervenir à différents niveaux. Premièrement, au niveau de la prévention, elle doit être capable de reconnaître et d'interpréter les manifestations d'une détérioration de l'état mental, tout comme la détérioration de l'état physique (The Nursing and Midwifery Council, 2010, cité dans Thomas, 2013). En étant en contact régulier avec le patient, elle a une vision globale lui permettant d'être attentives aux alertes cliniques (Laudy, Durand, Duplantie, & Laroche, 2001), et donc de détecter précocement les signes d'une dépression. Deuxièmement, le rôle infirmier se fonde également sur la mise en place d'interventions psychosociales³ : des conseils, un accompagnement dans l'adhésion aux médicaments, un soutien dans les activités sociales (Naegle, 2011), mais aussi la mise en place d'entretiens.

Au niveau de la prévention, selon Monod-Zorzi et al. (2007), un diagnostic précoce permet une prise en charge rapide et cela est d'autant plus important que différents traitements se sont avérés efficaces. Une dépression non traitée peut augmenter la mortalité, allonger le temps d'hospitalisation, accélérer le déclin physique et altérer la santé générale et mener à une entrée en institution [traduction libre] (Royal College of Psychiatrists, 2005). Pour le dépistage, il existe des instruments propres à la personne âgée tels que la *Gericatric Depression Scale* (Yesavage et al., 1983). Cette échelle d'auto-évaluation se présente en diverses versions, soit longue (30 questions) [Annexe II], courte (15 questions) [Annexe III] ou très courte (4 questions) [Annexe IV]. Avec le résultat de l'addition des points obtenus, un pré-diagnostic peut être fait (Lacoste & Trivalle, 2005). Ensuite, il existe l'échelle de Cornell [Annexe V] qui est une échelle d'hétéro-évaluation pour dépister la dépression chez les personnes atteintes de démence (Camus, Schmitt, Ousset, & Micas, 1995). Elle comprend 19 items décrivant des symptômes ou signes, chaque item devant être coté selon 3 niveaux : 0 = absent, 1 = léger ou intermittent, 2 = grave (Camus et al.). Ces différentes d'échelles peuvent être utilisées dans tous les milieux de soins. Le but de ses échelles est de dépister la dépression, afin de mettre en place des actions adéquates en fonction de son intensité et des besoins de la personne (Lacoste & Trivalle).

En ce qui concerne le traitement de la dépression, tout trouble dépressif pourrait être, en principe, traité aux moyens d'antidépresseurs et de psychothérapie (Baer et al., 2013). Les personnes souffrant de dépression légère réagissent souvent bien à la psychothérapie, mais à partir d'une dépression moyenne il est souvent nécessaire de recourir à une médication. Cependant, il a été révélé que le traitement mis en place est souvent inadapté, en particulier dans le cas de dépression légère (Bear et al.).

³ Selon Forsman, Nordmyr et Wahlbeck (2011), les interventions psychosociales peuvent être définies comme les interventions qui s'intéressent aux dimensions sociales et psychologiques d'une personne plutôt que sur la dimension biologique. Ces interventions peuvent être destinées à un individu seul ou à un groupe (Forsman, Nordmyr & Wahlbeck).

Ce dernier élément est une alerte puisque, comme dit précédemment, la personne âgée est généralement atteinte de la dépression dans sa forme légère, ce qui revient à dire qu'elle devrait être soignée en premier lieu par des thérapies autres que les médicaments. Au niveau des coûts, il est intéressant de savoir que les antidépresseurs "stabilisent le patient et sont moins chers à court terme, mais la psychothérapie s'avère plus économique à moyen et long terme, en raison de la prévention des rechutes" (Maillard, 2013, cité dans Despland, 2013, p. 23).

Ce travail va se centrer sur les interventions psychosociales réalisées par les infirmières, et en particulier sur l'utilisation de la réminiscence. En effet, de façon générale, les interventions psychosociales, ont pour but "la résolution des problèmes liés au bien-être personnel et au fonctionnement social des clients" (Flückiger, 2011). Certaines études ont d'ailleurs montré que si ces interventions sont adaptées, elles peuvent avoir des bienfaits dans le cas de dépression légère (Rodda, Walker, & Carté, 2011). De plus, elles sont moins invasives que les traitements pharmacologiques et applicables par l'infirmière selon sa formation (Rodda et al.). Par contre, selon Voyer (2013), les infirmières peuvent aussi faire des psychothérapies telles que : les thérapies de résolution de problème, cognitivo-comportementale, interpersonnelle ou de la réminiscence. Cependant, dans le canton de Vaud, selon l'art. 46 du règlement vaudois du 26 janvier 2011 sur l'exercice des professions de la santé (= REPS ; RSV 811.01.1), une infirmière peut pratiquer une psychothérapie uniquement si elle a une formation en psychologie ou si elle a une formation équivalente en poste-grade.

La réminiscence, comme intervention psychosociale ou psychothérapie est une approche relativement peu utilisée en Suisse qui a attiré notre attention, car elle semble particulièrement adaptée aux personnes âgées. Ce type d'accompagnement semble possible en soins de longue durée, en EMS ou aux soins à domicile pour autant que le cadre légal soit respecté.

1.1.3. La réminiscence et rétrospective de vie

Pour présenter le troisième et dernier concept central de ce travail, l'historique de la réminiscence sera présenté. Puis, l'état des connaissances sur ce sujet, ainsi que son utilisation thérapeutique seront décrits.

1.1.3.1. Généralités

Au début du XX^{ème} siècle, le fait d'aborder le passé est perçu comme une manie des personnes âgées qu'il était préférable d'éviter (Mezred, Petigenet, Fort, Blaison, & Gana, 2006). Mais dans les années 60, une vision plus positive se développe. Erikson décrit l'importance du bilan de vie pour les personnes âgées, afin de trouver un état d'intégrité. Puis Butler décrit les phénomènes de réminiscence et de rétrospective de vie (Mezred et al.).

1.1.3.2. Théorie du développement psychosocial de E. Erikson

En 1959, Erik Erikson, ancien étudiant de Freud, élabore une théorie du développement psychosocial. Sa théorie, d'origine psychanalytique, postule que le développement se construit dans l'interaction entre l'ego/le sujet et son environnement social (Cohen-Scali & Guichard, 2008).

Sa théorie décrit huit stades de développement tout au long de la vie (Taplin, 2013)⁴. Chaque stade commence par une crise devant être surmontée par la personne, afin de pouvoir s'adapter et retrouver un équilibre. Le dernier stade de ce modèle est "la vieillesse", qui, selon Erikson commence à 65 ans⁵. Les deux comportements qui peuvent découler de la crise sont l'intégrité ou le désespoir. L'intégrité correspond au fait d'être cohérent et entier en lien avec le bilan de sa vie. Elle dépend aussi de la résolution des crises antérieures (Taplin). En somme, elle se base sur "la capacité qu'a la personne d'éprouver un sentiment de satisfaction en faisant le bilan de sa vie" (Mezred et al., 2006, p. 3). Le désespoir, lui, va apparaître plutôt lors d'un bilan de vie négatif et d'une difficulté à trouver un sens à sa vie (Taplin).

Les travaux d'Erikson suggèrent donc que la rétrospective de vie est une tâche importante de l'âge avancé (Pinquart & Forstmeier, 2011).

1.1.3.3. Butler et la conceptualisation de la réminiscence

C'est en 1963, que Robert Butler, médecin gériatologue et psychiatre, a été le premier à souligner l'importance de la réminiscence et de la rétrospective de vie dans l'adaptation réussie des personnes âgées (Webster, Bohlmeijer, & Westerhof, 2010).

Les travaux que le jeune psychiatre a publiés sur la réminiscence se sont construits durant une période à laquelle Butler dénonçait la vision négative de la communauté scientifique sur le vieillissement (Achenbaum, 2014). En parallèle, son équipe et lui travaillaient sur la distinction entre les changements psychiques normaux liés à l'âge avancé et ceux pathologiques (Achenbaum).

Dans sa première publication, Butler décrit la réminiscence comme un processus mental universel, spontané et naturellement récurrent, caractérisé par le retour progressif à la conscience d'expériences passées, et en particulier sur des conflits non résolus [traduction libre] (1963, cité dans Achenbaum, 2014, p. 9). En 1963, Butler émet également l'hypothèse que ce processus est provoqué par la prise de conscience de sa propre disparition et mort, et l'incapacité de maintenir son sens de l'invulnérabilité [traduction libre] (cité dans Achenbaum, p. 9).

⁴ C'est en 1950 que E. Erikson décrit les huit stades du développement (Taplin, 2013). Les quatre premiers stades concernent l'enfance, puis les quatre suivants concernent l'adolescence (12 à 18/20 ans), le jeune adulte (18 à 20/30 ans), l'adulte mûr (30 à 65 ans) et l'adulte âgé (Taplin).

⁵ En 1950, atteindre cette dernière étape du développement signifiait avoir vécu jusqu'à 65 ans, et donc atteindre la grande vieillesse. En effet, l'espérance de vie à cette époque se situait entre 66-71 ans (OFS, 2016).

Selon Butler, ce processus se déroule plus fréquemment chez les personnes âgées, car il s'ancre dans un processus mental naturel de révision de sa propre vie. Toutefois, il reconnaît que cela peut se produire à d'autres moments de la vie selon les épreuves auxquels une personne fait face (Webster et al., 2010).

C'est en 1974 que Butler introduit le concept de l'utilisation de la rétrospective de vie comme une thérapie (Webster et al., 2010). Selon lui, l'accompagnement des personnes dans ce processus développemental permettrait de clarifier, creuser et de trouver un intérêt dans des événements vécus et dans des stratégies d'adaptation précédemment utilisées [traduction libre] (Webster et al., p. 530).

1.1.3.4. État des recherches aujourd'hui

De nombreuses disciplines, telles que les soins infirmiers, la psychologie ou encore la gériatrie s'intéressent au concept de la réminiscence depuis des dizaines d'années (Webster et al., 2010). Les diverses mises en pratiques, les intentions d'utilisation et les études sur la réminiscence sont très hétérogènes et de qualités variables (Cappeliez, 2009 ; Webster et al.).

Dans les années 90, des recherches plus fines ont été faites, afin de déterminer les fonctions de la réminiscence (Cappeliez, 2009). Elles ont permis de classer les divers types de réminiscence qu'une personne utilise. Et aussi, de déterminer lesquels ont un impact favorable ou défavorable sur la santé psychique. Les classifications couramment utilisées sont celle de Wong (1995), qui comporte six types de réminiscence et celle de Webster (1999) qui comporte huit types de réminiscences. Ces types de réminiscences ont été étudiés à maintes reprises. Ce qui en ressort en particulier est que la réminiscence intégrative (ou type "identité"), ou la réminiscence instrumentale (ou type "résolution de problème") seraient associées à une meilleure santé mentale (Cappeliez).

Le type de réminiscence intégrative correspond "à des rappels du vécu accompagnés d'une ré-évaluation des causes et des conséquences des succès et des échecs, et des gains et des pertes, dans divers rôles et domaines de fonctionnement" (Cappeliez, 2009, p. 174).

Le type instrumental correspond au rappel de souvenirs sur des situations plus ou moins problématiques qui ont demandé à la personne de s'adapter et de faire appel à ses ressources personnelles (Cappeliez, 2009).

Ces dernières années, des études de plus en plus précises tentent d'expliquer comment la réminiscence peut avoir un impact positif sur la santé mentale des personnes âgées.

Finalement, il faut être encore attentif à un dernier élément. Les termes "réminiscence" et "rétrospective de vie" ne se définissent pas systématiquement de la même manière dans la littérature. Ce travail prendra en compte deux conceptions, définies ci-dessous, pour faire l'analyse des interventions menées dans le cadre de la dépression des personnes âgées.

La “réminiscence” définie comme le processus de se rappeler/de se souvenir d’expériences passées significatives pour soi [traduction libre] (Burnside & Haight, 1992, p. 856).

La “rétrospective de vie” définie comme une étude et une analyse rétrospective et critique de son existence, de sa vie, ou, un deuxième regard sur sa propre vie [traduction libre] (Burnside & Haight, 1992, p. 856).

Il faut toutefois noter que la définition française de la réminiscence n’est pas aussi globale (Cappeliez, 2009).

1.1.3.5. Utilisation thérapeutique de la réminiscence ou de la rétrospective de vie

Plusieurs auteurs ont mis en évidence l’importance de se mettre d’accord sur des définitions afin de rendre les études plus comparables (Burnside & Haight, 1992 ; Webster et al., 2010). En 2010, Webster et al. ont séparé et décrit les interventions découlant de la réminiscence en trois formes d’intervention.

Premièrement la réminiscence simple ou non-structurée qui comprend la réminiscence spontanée et le retour sur des événements positifs du passé. Son but est de créer une relation sociale et du bien-être à court terme [traduction libre] (Webster et al., 2010, p. 550).

Le deuxième type d’intervention est la réminiscence structurée ou rétrospective de vie [traduction libre] (Webster et al., 2010, p. 550). Elle va se centrer sur l’intégration d’événements positifs et négatifs de la vie de la personne. Elle vise à établir une continuité entre le présent et le passé. Elle est indiquée pour les personnes avec une souffrance psychologique moyenne [traduction libre] (Webster et al., 2010, p. 550).

Troisièmement, la dernière intervention est la thérapie par rétrospective de vie (life-review therapy) qui est applicable dans un cadre psychothérapeutique et nécessite donc un spécialiste. Elle est indiquée pour des personnes ayant de sérieuses souffrances psychologiques [traduction libre] (Webster et al., 2010, p. 551).

Finalement, certaines infirmières ont essayé de se faire une place dans la mise en place d’intervention par la réminiscence, en particulier de la réminiscence structurée, bien que celle-ci soit issue de la psychologie. Pourtant la place de l’infirmière dans cette pratique n’est pas clairement délimitée. Le cadre théorique de la *Story Theory*, qui est présenté ci-dessous, permet de mettre en relation la place qu’elle pourrait avoir dans cette démarche à partir du récit.

1.2. Cadre théorique de référence : La *Story Theory* de Liehr et Smith (1999, 2001)

Voici une brève présentation du cadre théorique et de ses trois concepts majeurs qui permettront, lors de l'analyse, de structurer la synthèse.

La *Story Theory* ou théorie du récit de Liehr et Smith a d'abord été publiée en 1999, puis révisée en 2001. C'est une théorie infirmière de niveau intermédiaire, se situant dans le paradigme le plus récent : la transformation. Dans ce paradigme, un être humain est décrit comme "un tout indivisible personne-environnement qui se développe dans un processus mutuel et continu" (Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010, p.43). Autrement dit, la personne et son environnement, qui comprend l'infirmière, s'influencent et changent, se transforment, à chaque interaction.

Cette théorie s'appuie sur l'ontologie décrite par Reed qui postule que le récit est une ressource qui permet à l'être humain de donner du sens à son existence et aux événements (1999, cité dans Liehr & Smith, 2008). L'intention de la *Story Theory* est de décrire et expliquer le récit comme un contexte permettant d'engager un processus de promotion de la santé entre l'infirmière et la personne (Liehr & Smith, 2008). Comme présenté avec la réminiscence instrumentale, le récit permet à la personne de se rappeler de stratégies utilisées dans le passé pour surmonter des événements difficiles.

Les auteurs de cette théorie postulent que les personnes vivent un présent dans lequel le passé et le futur sont intégrés et sont transformés (Liehr & Smith). Leur théorie est fondée sur trois concepts majeurs interreliés :

1. Le dialogue intentionnel qui correspond à une volonté de rentrer en communication avec autrui et d'engager un dialogue sur des expériences douloureuses [traduction libre] (Liehr & Smith, 2008, p. 209-210).
2. La connexion avec le soi des autres qui se définit comme le processus actif du partage de son histoire à une autre personne. Cette démarche demande une prise de conscience de la personne voulant expliquer son histoire et une reconnaissance de ses failles et de ses forces [traduction libre] (p. 210-211).
3. La création de bien-être est la dimension finale. La personne arrive à atteindre ce bien-être via une relation favorisant la narration et un mouvement de résolution, d'acceptation de son histoire. C'est une expérience de libération lorsque l'histoire prend forme et tend vers la résolution [traduction libre] (p. 212-213).

Le choix de cette théorie repose sur les similitudes entre ses concepts centraux et la réminiscence. Le "dialogue intentionnel" permet de faire le parallèle avec les conditions dans lesquelles sont faites la réminiscence et les thématiques abordées. La "connexion avec le soi des autres" permet de faire un lien avec le fait d'accompagner la personne à faire un bilan de vie. Puis, la "création de bien-être" rejoint

l'intention des interventions par la réminiscence, qui est de réduire symptômes dépressifs et de favoriser l'intégrité.

Elle permet également de situer les infirmières dans le contexte plus large du récit de soi. Le but étant d'explorer les interventions infirmières dans les études qui seront sélectionnées, et utiliser cette théorie pour la synthèse et la discussion. Cela permettra de situer le rôle infirmier vis-à-vis de ce thème et de son application dans le contexte de la dépression de la personne âgée.

1.3. Problématique

Les différents concepts et constats présentés jusqu'à présent portent à réflexion. Les chiffres montrent que les personnes âgées sont fréquemment atteintes de dépression, mais principalement sous sa forme mineure.

Bien que les trajectoires du vieillissement soient variées, les événements marquants le 3^{ème} et 4^{ème} âge impliquent une réorganisation des activités, et peuvent avoir un impact sur la santé mentale. De plus, en parallèle avec la réorganisation des activités, la personne âgée, comme le présente Erikson ou Butler, fait un travail psychique en faisant une relecture de sa vie. Si cela n'est pas fait ou, si la personne rencontre des difficultés, cela pourrait également mener à l'altération de l'état psychique de la personne.

La réminiscence comme une thérapie, en particulier la réminiscence structurée et la thérapie de rétrospective de vie, visent, par le souvenir, à rétablir une continuité avec ce que la personne a vécu dans son passé et le moment présent. Cela a pour but d'améliorer la qualité de vie et la santé psychique de l'individu. Ce type de thérapie semble être indiqué dans le cas de souffrance psychologique moyenne. Ces interventions par la réminiscence sont aujourd'hui utilisées par des psychologues, psychiatres, mais également par des travailleurs sociaux ou des infirmières.

Au vu des éléments cités ci-dessus, ce travail vise à répondre à la question suivante :

Chez la personne âgée présentant des symptômes dépressifs légers, l'utilisation de la réminiscence par l'infirmière peut-elle avoir un impact positif dans le recouvrement de sa santé psychique?

2. Méthodologie

Dans cette partie du travail, la question de recherche sera détaillée. Puis, le processus qui a permis d'y répondre sera présenté, ainsi que les principaux mots-clefs et les équations de recherches utilisés. Finalement, les critères d'inclusion et d'exclusion des articles seront expliqués.

2.1. Question de recherche selon PICOT

Chez la personne âgée présentant des symptômes dépressifs, l'utilisation de la réminiscence par l'infirmière peut-elle avoir un impact positif dans le recouvrement de sa santé psychique?

P : Population	La personne âgée présentant des symptômes dépressifs
I : Interventions	L'utilisation de la réminiscence par l'infirmière
C : Comparaison (facultatif)	
O : Outcomes (facultatif)	Le recouvrement de sa santé psychique
T : Temps	

2.2. Stratégie de recherche documentaire

Le processus qui a mené à l'élaboration de la question de recherche a démarré en décembre 2014 lorsqu'il a fallu déterminer une thématique pour le futur travail. Le thème de la dépression de la personne âgée nous a rapidement intéressées. En effet, durant nos expériences professionnelles, ainsi que dans notre vie privée, nous avons souvent rencontré des situations de personnes âgées avec des symptômes dépressifs dans lesquelles le traitement pharmacologique d'antidépresseurs constituait l'unique prise en charge. Ensuite, durant le 2^{ème} semestre, au printemps 2015, nous avons conçu le projet de Bachelor, soit définit les différents concepts (personne âgée, dépression et réminiscence) et fait les premières recherches dans les bases de données. Le but étant de voir si des recherches scientifiques avaient été faites, en lien avec la problématique.

Plusieurs bases de données (PUBMED, CINHALL et Google Scholar) ont été consultées, en utilisant les thésaurus⁶ "Aged+"/"Aged, 80 and over", "Depression", "Nursing care" et des mots-clefs correspondants. Cela a donné des résultats peu concluants, c'est-à-dire en dehors de nos centres d'intérêts de départ ou en-dehors du champ d'action de l'infirmière. Il s'est avéré que les études autour de la dépression de la personne âgée concernent en particulier les traitements pharmacologiques, ce qui

⁶ Un thésaurus est un "répertoire alphabétique qui réunit les termes et mots clefs techniques pour le classement documentaire" (Linternaute.com, 2016).

correspond plutôt à de la recherche bio-médicale, ou alors concernent les psychothérapies, ce qui s'inscrit davantage dans la recherche en psychologie.

Comme dit précédemment, l'infirmière a un rôle dans le dépistage ou dans la mise en place d'interventions psychosociales. Ainsi, après avoir parcouru les résumés et sélectionné quelques articles, nous nous sommes intéressées plus particulièrement aux interventions utilisant la réminiscence, tout en sachant que cela fait également partie de la recherche en psychologie.

Ensuite, par le biais des bibliographies des premiers articles trouvés, des nouveaux articles ont pu être repérés sur le sujet de la réminiscence. Nous avons découvert qu'il existe un réel intérêt dans ce domaine, bien qu'il ne date pas d'aujourd'hui. Cela explique aussi le nombre important d'articles datant de plus d'une dizaine d'années. À partir de ces premières lectures, la question de recherche a été établie, puis des nouvelles équations de recherches ont été testées. En faisant divers essais, nous avons pu observer que l'insertion des mots-clefs "*Affective disorders+*" ou "*Mood Disorders*" dans l'équation de recherche restreint trop les thématiques des articles. Mais il s'est avéré que même en les retirant de l'équation, les articles qui ressortent restent liés à la prise en charge des symptômes dépressifs.

À partir de cette nouvelle équation, en septembre 2015, nous avons procédé à un premier choix d'articles. Puis au vu de la quantité d'articles qui pouvaient répondre à la question de recherche, les critères exclusion et d'inclusion ont été affinés. Les résumés de chacun des articles ont été lus, afin de voir s'ils correspondaient ou non aux critères d'inclusion. En annexe se trouve le tableau montrant les résultats des recherches dans les bases de données et les choix qui ont permis de les sélectionner ou non [Annexe VI]. Six articles ont été sélectionnés sur CINHAL, et les même ressortaient sur PUBMED également. Par la suite, un septième article a été trouvé grâce aux références d'une étude sélectionnée.

2.2.1. Thésaurus et mots clefs

Concepts	Mots-clefs	CINHAL Subject Headlings	PubMed MeSH
Personnes âgées	<i>Elderly people, older people, older adults, aging, elders, fragility</i>	<i>Aged+</i>	<i>Aged Aged, 80 and over</i>
Dépression	<i>Depression, depressed, depressive, depressive disorder, melancholy, affective disorder, dysthymia, low mood, subclinical depression, moderate depression</i>	<i>Affective Disorders+</i>	<i>Mood disorders</i>
Réminiscence	<i>Reminiscence, life review, life review therapy, autobiographical memory, storytelling, story, memory, biography, narrative, life experience, group therapy reminiscence,</i>	<i>Reminiscence Therapy (Iowa NIC) Reminiscence Therapy Life History Review</i>	<i>Narrative Therapy Narration Memory, Episodic</i>
Soins infirmiers	<i>Nurse, nursing care, nursing interventions, art of nursing, nurse-patient relation, gerontological nursing</i>	<i>Nursing care</i>	<i>Nursing Nursing care</i>

2.2.2 Équations de recherche

Recherche du 10.09.15

Moteur de recherche	Equation de recherche	Nombre d'article
CINHAL	(MH "Reminiscence Therapy (Iowa NIC)") OR (MH "Life History Review") OR (MH "Reminiscence Therapy")	1'435
	(Reminiscence Therapy (Iowa NIC) OR Reminiscence Therapy OR Life History Review) AND (Nursing care+)	178
	((MH "Reminiscence Therapy (Iowa NIC)") OR (MH "Life History Review") OR (MH "Reminiscence Therapy")) AND (MH "Nursing Care+") AND (MH "Aged+") NOT (MH "Dementia+") AND ((MH "Affective Disorders+") OR (MH "Affective Disorders+") (MH "Chronic Sorrow") OR (MH "Behavior and Behavior Mechanisms+"))	67
	((MH "Reminiscence Therapy (Iowa NIC)") OR (MH "Life History Review") OR (MH "Reminiscence Therapy")) AND (MH "Nursing Care+") AND (MH "Aged+") NOT (MH "Dementia+") AND (MH "Affective Disorders+")	13
	((MH "Reminiscence Therapy (Iowa NIC)") OR (MH "Life History Review") OR (MH "Reminiscence Therapy")) AND (MH "Nursing Care+") AND (MH "Aged+") NOT (MH "Dementia+") Publication entre 2000-2012	44
	(Reminiscence Therapy (Iowa NIC) OR Reminiscence Therapy OR Life History Review) AND (Nursing care+) AND (Aged+) NOT (Dementia+) AND (Affective disorders+) Publication entre 2000-2012	9
	((MH "Reminiscence Therapy (Iowa NIC)") OR (MH "Life History Review") OR (MH "Reminiscence Therapy")) AND (MH "Nursing Care+") AND (MH "Aged+") NOT (MH "Dementia+") Publication entre 2000-2015	49
	(Reminiscence Therapy (Iowa NIC) OR Reminiscence Therapy OR Life History Review) AND (Nursing care+) AND (Aged+) NOT (Dementia+) AND (Affective disorders+) Publication entre 2000-2015	14
Moteur de recherche	Equation de recherche	Nombre d'article
PUBMED	(Narration OR Narrative Therapy) AND (Aged OR Aged, 80 and over)	760
	(Narration OR Narrative Therapy) AND (Aged OR Aged, 80 and over) NOT (Dementia) AND (Nursing Care OR Nursing)	152
	(Narration OR Narrative Therapy) AND (Aged OR Aged, 80 and over) AND (Mood Disorders)	9

2.2.3. Critères d'inclusion

Après la recherche dans les bases de données, des critères d'inclusion ont été déterminés, afin de pouvoir sélectionner les études les plus pertinentes pour répondre à la question de recherche. Au vu de la diversité des lieux où se déroulent les études et de la variabilité de l'âge des participants, la population incluse est large. Par contre, au vu des différentes modalités d'interventions (ex. par oral, par l'écriture, ...), une focalisation a été faite sur la réminiscence orale. Toutefois, les deux formats, en groupe ou en individuel, ont été inclus, cela pour pouvoir observer les possibles différences. Voici les critères d'inclusions :

- Articles en français, anglais, italien
- Articles primaires
- Publication entre 2000-2015
- Personnes de plus de 65 ans institutionnalisées, à domicile, hospitalisées
- Réminiscence orale
- En groupe ou individuel
- Réminiscence structurée/rétrospective de vie/thérapie de rétrospective de vie

2.2.4. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion ont, quant à eux, été déterminés pour pouvoir se rapprocher du champ de compétence de l'infirmière et pour se centrer sur la problématique de la dépression sous sa forme légère. De plus, dans un souci de représentativité, les études menées en-dehors des pays occidentaux et nord-américains ont été exclues. En effet, les différences culturelles pourraient influencer la réponse aux interventions psychosociales.

- Troubles psychiques en-dehors de la dépression, dont la démence
- Thérapie pour la dépression majeure
- Réminiscence simple
- Thérapie de rétrospective de vie combinée avec d'autres types de psychothérapies
- Réminiscence passant par l'écriture (main ou ordinateur)
- Hors Europe et Amérique du Nord

3. Résultats

Dans cette partie du travail, chaque article sera présenté dans un texte narratif, puis dans un tableau récapitulatif. Ensuite, les résultats de l'ensemble des articles seront croisés à la lumière du cadre théorique et synthétisés grâce à plusieurs catégories qui en découlent.

3.1 Présentation des résultats

Voici donc, ci-dessous, la présentation des sept études retenues pour ce travail qui ont été analysées grâce à une grille de lecture critique modifiée issue du Fortin (2010). Chaque étude est numérotée (#1 à #7), ce qui simplifiera par la suite la lecture de la synthèse. La présentation narrative sera suivie d'un tableau de synthèse récapitulatif.

#1 - Haight, B. K., Michel, Y., & Hendrix, S. (2000). The Extended Effects Of The Life Review In Nursing Home Residents. *International Journal of Aging and Human Development*, 50(2), 151-168.

Cette étude quantitative longitudinale de Haight et al. (2000), vise à déterminer l'efficacité de la rétrospective de vie⁷ en tant qu'intervention infirmière dans la prévention du désespoir, et dans la promotion de l'intégrité. Cela fait référence à la théorie d'Erikson sur le dernier stade du développement psychosocial. L'effet de l'intervention est mesuré à huit semaines, à une année, deux, puis à trois ans, grâce à des échelles validées et adaptées aux personnes âgées.

L'intégrité est mesurée grâce à trois échelles qui mesurent chacune une variable : *Life Satisfaction Index A (LSI-A)* pour la satisfaction de vie, *Affect Balance Scale (ABS)* pour le bien-être psychosocial et *Self-Esteem Scale (SES)* pour l'estime de soi. Le désespoir est, lui aussi, mesuré par trois échelles qui mesurent chacune une variable : *Beck-Depression Inventory (BDI)* pour la dépression, *The Hopelessness Scale (HS)* pour le découragement et *Beck Ideation Scale (SI)* pour les idées suicidaires. Pour récolter ces données, des entretiens annuels d'une heure ou de deux fois 30 minutes (selon la fatigue du participant) ont été organisés, si possible avec le même chercheur à chaque fois.

Après trois ans d'étude, les chercheurs ont pu récolter ces données auprès de 52 personnes qui étaient toujours en vie. Ils ont en moyenne 79.6 ans à ce moment-là. Ces participants sont issus d'une première étude menée sur 256 sujets qui, initialement, ne devaient pas présenter de troubles cognitifs majeurs, ni de dépression et être arrivés en maison de retraite depuis six semaines au maximum. Il n'y a pas de différences significatives entre les survivants (n=52) et les autres participants (n=204), mis à part que les survivants avaient une meilleure fonction cognitive au départ.

⁷ Comme présenté en début de travail, le deuxième type d'intervention par réminiscence peut être nommé réminiscence structurée ou rétrospective de vie. Dans la présentation des résultats (article #1 à #4), la dénomination faite par les auteurs de l'article est maintenue. Pour la synthèse, c'est le terme de *réminiscence structurée* qui fera référence à cette intervention.

En début d'étude, les participants avaient été répartis de façon randomisée en deux groupes. D'un côté, le groupe contrôle recevait une visite amicale, et de l'autre, le groupe expérimental, avait de la rétrospective de vie structurée individuelle. Cela a duré de six à huit semaines. Cette intervention de rétrospective de vie était guidée par les principes de Rogers⁸ et structurée grâce au *Life Review and Experiencing Form* (LREF) [Annexe VII] qui est un formulaire proposant des questions pour explorer avec la personne les périodes de l'enfance, de l'adolescence, de la vie d'adulte ou encore explorer le thème de la famille.

Après trois ans, cette étude montre l'évolution, à partir des échelles, du désespoir et de l'intégrité entre le groupe contrôle et le groupe expérimental. Pour le désespoir, le niveau de dépression est significativement moins élevé à huit semaines ($p<0.05$) dans le groupe expérimental. Puis après une année, autant dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle les niveaux de dépression baissent. Les chercheurs expliquent cela par l'adaptation générale au nouveau lieu de vie qui pourrait masquer les effets de la thérapie. Cependant à partir de deux ans, le groupe contrôle présente, à nouveau, plus de dépression que le groupe expérimental (à 2 ans : $p=0.03$; à 3 ans $p<0.03$). Les auteurs en concluent que la rétrospective de vie permet de prévenir la dépression majeure dans le groupe expérimental. En ce qui concerne le découragement (vision pessimiste et pas de projection dans le futur), à huit semaines peu de différence sont observées entre les deux groupes. C'est uniquement après une année que le découragement baisse dans le groupe expérimental, sans pour autant être statistiquement significatif. En ce qui concerne les idées suicidaires, les scores varient durant les trois années entre les deux groupes, sans être significativement différents et sans pouvoir être rattachés aux scores de dépression, de découragement ou encore de satisfaction de vie. Après trois ans, les scores des idées suicidaires sont élevés dans le groupe expérimental. Les auteurs se questionnent sur l'échelle. À savoir si elle évalue les idées suicidaires ou plutôt la préparation à la mort.

Maintenant, en ce qui concerne l'intégrité, les scores de satisfaction de vie sont similaires pour les deux groupes durant les deux premières années. Mais après trois ans, une différence significative est observée ($p<0.03$) avec l'amélioration du score de satisfaction de vie du groupe ayant reçu la rétrospective de vie. Les auteurs ne savent pas si ce résultat est dû à l'effet du temps ou si c'est une caractéristique de la population survivante. Concernant le bien-être psychologique, aucun effet à long terme n'est mesuré. Les auteurs s'attendent à ce résultat, car l'échelle mesure le bien-être transitoire. Finalement, pour l'estime de soi, elle est restée significativement plus élevée durant les trois années de l'étude (à 3 ans $p<0.03$). Les auteurs émettent l'hypothèse que la rétrospective de vie maintient une estime de soi plus élevée jusqu'à la fin de vie. Finalement, Haight et al. tirent plusieurs conclusions de ces résultats: la

⁸ Les principes de Rogers se réfèrent à l'approche centrée sur la personne décrite dans les années 50. Elle décrit trois conditions pour le thérapeute qui favorisent la croissance individuelle : la congruence/authenticité, un regard positif inconditionnel et une compréhension empathique (Rogers, 1962, cité dans Approche Centrée sur la Personne : Pratique et Recherche, 2016).

rétrospective de vie permettrait de maintenir un niveau de qualité de vie plus élevé chez les personnes entrant en maison de retraite et elle leur permettrait également de mieux se préparer à leur mort.

Les auteurs ne rapportent pas de limites à leur étude. Il apparaît néanmoins que les valeurs mesurées puissent avoir été influencées par des événements personnels, et non uniquement par l'intervention par la réminiscence. Les auteurs recommandent toutefois de généraliser cette pratique à l'entrée en maison de retraite.

#2 - Jones, E. D. (2003). Reminiscence Therapy For Older Women with Depression : Effects of Nursing Intervention Classification in Assisted-Living Long-Term Care. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(7), 26-33. doi :10.3928/0098-9134-20030701-07

Le but de cette étude quantitative est d'évaluer les effets de la thérapie par réminiscence basée sur un protocole de 18 activités qui est proposée par la *Nursing Intervention Classification (NIC)*⁹ [Annexe VIII]. Les effets de la thérapie par réminiscence sont étudiés sur le niveau de dépression chez des femmes âgées vivant en maison de retraite. Elle est comparée à l'efficacité de la réminiscence "simple" proposée dans l'institution où se déroule l'étude. Cette dernière vise à créer des liens sociaux entre résidents et n'a pas de but thérapeutique.

Cette étude est menée par une infirmière, enseignante en soins infirmiers à l'Université de Caroline du Nord (USA). Elle comprend 30 femmes vivants dans la même maison de retraite depuis au minimum trois mois, et ne présentant pas de détérioration cognitive majeure. Deux groupes de 15 personnes ont été tirés au sort, avec une différence non-significative (test Chi-Square). La variable de la dépression est évaluée par la *Geriatric Depression Scale (GDS)*, une semaine avant le début de la thérapie et deux jours après la dernière séance.

Le groupe expérimental a eu deux séances par semaine de thérapie par réminiscence selon le protocole NIC, et cela durant trois semaines, tenu par l'infirmière responsable de l'étude. Le groupe contrôle a participé à de la réminiscence simple en groupe (déjà implanté dans l'institution) tenu par un travailleur social. L'infirmière, tout comme le travailleur social, étaient en préparation d'un master lors de l'étude.

Les résultats de l'étude montrent une baisse statistiquement significative du score de la *GDS* dans le groupe expérimental ($p= 0.002$). De plus, comme tous les participants n'avaient pas pu participer aux six séances, la chercheuse a évalué s'il y avait une différence d'efficacité de la thérapie. Aucune différence statistiquement significative ne ressort entre quatre et six séances.

⁹ La NIC est une classification complète, basée sur des recherches d'interventions infirmières standardisées, reconnue par l'Association Américaine des Infirmières (ANA). Elle inclut des interventions sur les dimensions psychologique et physiologiques qui vise la promotion de la santé, la prévention ou encore le traitement des patients [traduction libre] (Bulechek, Butcher, Dochterman, Wagner, 2013, cité dans The University of Iowa – College of Nursing, 2016) .

La recommandation clinique de l'auteur est d'être attentif à ce que les groupes soient tenus par des infirmières formées et expérimentées. Elle soulève l'importance de pouvoir recadrer et rediriger les conversations des participants pour que les séances soient les plus bénéfiques possibles et que la confidentialité entre les membres du groupe soit respectée. De plus, elle recommande de continuer les études en modifiant certains aspects. Par exemple, en utilisant des échantillons plus larges et randomisés, ou en faisant des études longitudinales afin d'étudier les effets à long terme.

L'auteur ne présente pas de limite à son étude, mais il apparaît toutefois que des biais de mesures aient pu apparaître lors de la récolte de données, car les conditions ne sont pas décrites. Il en va de même pour l'échantillonnage. En effet, la méthode de sélection des participants s'est faite sur une base volontaire ce qui peut réduire la transférabilité des résultats.

#3 - Binder, B., Mastel-Smith, B., Hersch, G., Symes, L., Malecha, A., & McFarlane, J. (2009). Community-Dwelling, Older Women's Perspectives on Therapeutic Life Review : A Qualitative Analysis. *Mental Health Nursing*, 30(5), 288–294. doi: 10.1080/01612840902753885

Cette étude qualitative phénoménologique¹⁰ de Binder et al., datant de 2009, expose les bienfaits de la rétrospective de vie chez les femmes âgées à domicile. Ce sont 14 femmes de 65 à 92 ans qui ont été recrutées par appel téléphonique. À savoir qu'il y a eu huit hospitalisations et un décès lors de cette recherche. Cette étude s'intéresse aux bénéfices de l'expérience de séances de rétrospective de vie dans le cadre des soins à domicile.

Les séances de réminiscence se déroulent chez le participant. Elles sont tenues par des soignants des soins à domicile, formés durant trois fois une heure sur la thérapie de la rétrospective de vie (moyenne d'âge de 51 ans, moyenne de 10.6 ans dans les soins à domicile). Les participants prennent part à cinq sessions de rétrospective de vie de 40 minutes chacune, avec si possible le même soignant pour chacune d'entre elles. Une sixième rencontre consiste en un entretien enregistré conduit par une personne externe, pour faire un bilan sur le vécu autour des séances de réminiscence structurée.

Les discours des participants ont été analysés et les thèmes clefs suivants sont ressortis : quelqu'un pour écouter mon histoire, un temps spécial, une interaction avec une autre personne, des souvenirs utiles et agréables et finalement l'intégration des histoires vécues.

Par rapport à la relation avec le soignant, les résultats sont que les deux personnes sortent gagnantes de l'expérience. La personne âgée ressort avec une diminution des symptômes dépressifs par l'intégration de son histoire de vie au travers de la réminiscence et par le moment de partage. Et le soignant se sent mis en valeur par la reconnaissance que lui donne de la personne. En reprenant le cadre d'Erik Erikson

¹⁰ Une étude qualitative phénoménologique "vise la compréhension et la description de l'expérience humaine, telle qu'elle est vécue par la personne" (Fortin, 2010, p. 35).

et Butler, les auteurs soulèvent que la rétrospective de vie favorise le maintien de l'intégrité de la personne âgée et donc diminue le risque de dépression.

Les chercheurs ne mettent pas en avant les limites de leur étude, mais il est intéressant tout de même de d'en repérer certaines. Premièrement, il y a un biais de sélection par le mode de recrutement des participants (appel téléphonique). Deuxièmement, les auteurs ne disent rien sur la profession des soignants faisant la rétrospective de vie (infirmière, aide soignante, ... ?). Et troisièmement par le fait que le soignants se sont vus remercier par l'équipe des chercheurs par des bons cadeaux.

#4 - Stinson, C.-K., Young, E.-A., Kirk, E., & Walker, R. (2010). Use of a structured reminiscence protocol to decrease depression in older women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(8), 665–673. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01556.x.

Cette étude quantitative descriptive relativement récente (2009) est réalisée par des professeurs assistants dans des écoles de soins infirmiers au Texas, ainsi qu'un éducateur social. Elle concerne l'utilisation de la réminiscence structurée chez des femmes âgées, vivant dans des maisons de retraite, afin de réduire la dépression. Des cadres de recherche tels que ceux de Bulter, Eric Erikson et le modèle infirmier d'Helen Eriskon "*Modeling/role modeling*"¹¹ sont utilisés.

Cette étude porte sur 47 femmes de plus de 63 ans, sans troubles cognitifs, résidant dans deux maisons de retraite au sud-est du Texas. Une randomisation en deux groupes est effectuée : le groupe expérimental avec de la réminiscence structurée en groupe et un groupe contrôle continuant les activités sociales de l'institution. Les séances de réminiscence structurée en groupe se déroulent deux fois par semaine, pendant six semaines, selon le protocole de réminiscence de Stinson (auteur de l'étude) [Annexe IX].

Le but de l'étude est de voir s'il y a une diminution des symptômes dépressifs avec intervention de réminiscence structurée sur l'échelle de dépression gériatrique 30 items (*GDS* longue), à zéro, trois et six semaines.

Après comparaison des deux groupes par l'utilisation d'un logiciel de statistique, il en ressort que la réminiscence réduit significativement les scores de la *GDS*, après six semaines ($p=0.03$). De plus, il en ressort qu'après trois séances le score baisse déjà significativement, bien que cela soit moins important.

Les auteurs énoncent les limites de leurs études en recommandant de faire une recherche avec une population moins restrictives (ouverture au niveau territorial), ainsi qu'en allongeant le temps d'analyse du score *GDS* en post-intervention, afin de savoir si la réminiscence a un effet à long terme. Les auteurs

¹¹ Le *Modeling* est le processus par lequel l'infirmière cherche à connaître et à comprendre le monde personnel du client, cela afin d'apprendre à apprécier ses valeurs et son importance (Erikson, et al., 2012).

font diverses recommandations, telles que faire une étude semblable chez les hommes, ou encore chez des personnes présentant des troubles cognitifs.

En conclusion, les auteurs font références aux cadres théoriques en affirmant que la réminiscence est une compétence du rôle infirmier qui peut permettre au soignant de promouvoir une meilleure qualité de vie de la personne. De plus, ils rappellent que *The National Clearinghouse Guidelines* et *The American Geriatric Society* recommandent un dépistage de la dépression des personnes âgées, en particulier à l'admission dans un établissement de soins de longue durée, puis tous les 6 mois.

#5 - Afonso, R. M., Bueno, B., Loureiro, M.-J., & Pereira H. (2011). Reminiscence, psychological well-being, and ego integrity in Portuguese elderly people. *Educational Gerontology*, 37(12), 1063–1080. doi : 10.1080/03601277.2010.500585

Cette étude quantitative quasi-expérimentale portugaise est réalisée par quatre psychologues. Le but de l'étude est de mesurer s'il y a une amélioration du bien-être psychologique, de l'intégrité et une diminution des symptômes dépressifs, par des interventions de réminiscence chez la personne âgée portugaise. 90 personnes de plus de 65 ans répartis en trois groupes (groupe expérimental (n=30), groupe contrôle (n=30), groupe contrôle placebo (n=30)) ont participé à cette étude (trois groupes, $p < 0.01$). Le groupe expérimental participe à cinq séances de réminiscence¹² individuelle dans un centre de santé. Le groupe contrôle placebo quant à lui, participe à cinq séances de relaxation et le groupe contrôle n'a aucune activité et reçoit simplement un chèque.

Deux échelles, le *Mini-Mental State (MMSE)* et le *Center for Epidemiologic Studies Depression (CED-S)* sont utilisées en pré-intervention, afin de savoir si les participants étaient conformes avec des critères d'inclusion (absence de démence, avec symptômes dépressifs et un traitement pharmacologique).

Deux autres échelles validées *The Scale of Personality Development-Scale Integrity* pour l'intégrité-ego et la *Psychological Well-Being Scales (PWBS)* pour le bien-être ont été utilisées, en pré-intervention et post-intervention, dans les trois groupes donnés. L'échelle *Psychological Well-Being Scales* est une échelle complète évaluant six variables telles que l'autonomie, la maîtrise de l'environnement, la croissance personnelle, les relations positives, le but dans la vie et l'acceptation de soi. *The Scale of Personality Development-Scale Integrity* regroupe aussi deux variables, soit la satisfaction et l'acceptation de son passé.

¹² Comme présenté en début de travail, le troisième type d'intervention par réminiscence est nommé *thérapie par rétrospective de vie*. Dans cet article, l'auteur parle d'intervention par réminiscence, mais il s'agit bien de la forme psychothérapeutique de la réminiscence. Dans la présentation des résultats (article #5 à #7), la dénomination faite par les auteurs de l'article est maintenue. Pour la synthèse, c'est le terme de *thérapie par rétrospective de vie* qui fera référence à cette intervention.

De plus, l'auteur a créé un protocole nommé la *Reminiscence Intervention Program for Elderly People with Depressive Symptomatology* afin d'uniformiser les séances données aux participants.

Les résultats ont été analysés selon des méthodes statistiques usuelles. Il y a une augmentation significative du bien-être dans le groupe expérimental ($p < 0.001$). Les six variables de *Psychological Well-Being Scales* montrent une amélioration significative de la valeur $p < 0.001$, ce qui revient à dire qu'il y a une évolution positive, dans le temps (pré et post intervention) dans le groupe expérimental (par rapport aux groupes contrôle et placebo contrôle).

Au niveau de l'intégrité, les résultats du groupe expérimental sont tout aussi significatifs ($p < 0.001$) sur les deux variables (satisfaction et acceptation de son passé).

Les variables des groupes contrôle et placebo contrôle restent plus ou moins stables, voire baissent avant et après l'intervention ce qui revient à dire que la réminiscence est la seule intervention qui a permis l'amélioration de l'état psychique (bien-être psychologique et l'intégrité ego) dans le groupe expérimental.

Selon l'auteur, la promotion des réminiscences instrumentales et intégratives a pour but d'encourager une personne à donner un sens à des événements de la vie, à reconsidérer leur auto-perception générale, et à reconstituer les événements en les ordonnant jusqu'à leur acceptation. La caractéristique la plus innovante, basée sur le programme de l'intervention de la mise en œuvre de la réminiscence, est de faire une réminiscence intégrative orientée par un psychologue avec une expérience dans le domaine clinique.

L'analyse dit qu'il y a une diminution du bien-être psychologique dans les deux groupes témoins. Ces résultats indiquent la nécessité de fournir un soutien psychologique pour les personnes âgées avec symptomatologie dépressive.

Les auteurs énoncent les limites de leur étude, soit l'évaluation de ses deux échelles à long terme et le mode de recrutement des participants de l'étude.

#6 - Maillard, C., Antoine, P., & Billet, C. (2012). Effets de la rétrospective de vie sur la détresse psychologique et le bien-être subjectif de personnes âgées institutionnalisées - étude pilote. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 22(4), 151-160. doi :10.1016/j.jtcc.2012.07.007

Le but de cette étude expérimentale est d'étudier l'effet de la thérapie de rétrospective de vie individuelle, chez des personnes âgées en maison de retraite, sur trois variables : la dépression, la détresse psychologique et le bien-être subjectif.

Cette étude quantitative menée par des docteurs en psychologie et des psychologues est conduite sur 20 personnes âgées, dont 19 femmes, vivant en maison de retraite, avec une moyenne d'âge de 84,3 ans et, présentant une dépression légère et pas ou peu de troubles cognitifs. Les participants ont été répartis

aléatoirement dans le groupe expérimental (n =10) ou dans le groupe contrôle (n=10). Le groupe expérimental a reçu cinq séances de thérapie de rétrospective de vie individuelle durant cinq semaines, cela en plus des activités habituelles de la maison de retraite. Alors que le groupe contrôle recevait l'accompagnement usuel.

Les séances de thérapie de rétrospective de vie se déroulent dans la chambre du participant et un thème différent est abordé à chaque fois : l'enfance et la jeunesse, le mariage et la vie familiale, les moments "clefs" de la vie, les expériences stressantes, et les accomplissements personnels. Le thérapeute combine l'utilisation de la réminiscence intégrative et instrumentale selon les participants.

La récolte de données sur les variables est effectuée grâce à différentes échelles utilisées lors d'entretiens individuels avant le début de la thérapie, puis une semaine après la dernière séance. Voici les échelles: la *Montgomery and Asberg Depression Scale (MADRS)* pour la dépression, la *Cognitive Inventory of Subjective Distress (CISD)* pour la détresse psychologique, et l'*Echelle du bien-être subjectif (BES)*. Ces échelles sont toutes validées à l'exception de l'échelle du bien-être subjectif qui avait uniquement été déjà décrite avant cette étude.

Les données sont analysées selon des méthodes statistiques usuelles. Plusieurs résultats significatifs apparaissent. Une diminution des symptômes dépressifs dans le groupe expérimental est observée autant au niveau de l'évaluation de la dépression ($p<0.01$) que de la détresse psychologique. Une diminution significative de la détresse psychologique au niveau des dimensions de l'abandon ($p<0.01$) de la dépendance ($p<0.02$), du désengagement ($p<0.02$), de la perte de l'individualité ($p<0.04$) et de la vulnérabilité sont ressorties (<0.03). Mais aucune amélioration n'est constatée sur les dimensions de la perte de contrôle et le refus d'assistance. Une amélioration significative du bien-être subjectif au niveau de la satisfaction de vie est aussi observée (pour les trois variables évaluées $p<0,01-0,02$), mais aucune amélioration n'est observée au niveau du bien-être subjectif au niveau émotionnel. Les chercheurs supposent que cela pourrait être dû au caractère individuel de ce type de thérapie, ne favorisant pas les relations sociales avec les autres résidents.

Dans la discussion, les auteurs font des liens entre ce qui a été dit par les participants durant les séances et les fonctions de la réminiscence instrumentale et intégrative. Ils mettent en avant des axes de travail qui sont ressortis, en présentant des citations de certains résidents afin d'illustrer les bienfaits de ces deux types de réminiscence. Les chercheurs n'avaient pas énoncé cet objectif en début d'étude. Cette partie d'ordre qualitatif n'est pas décrite sur le plan méthodologique ce qui peut constituer un biais de recherche.

Les chercheurs énoncent plusieurs limites à leur étude. Déjà, la petite taille de l'échantillon qui n'a pas permis la randomisation avec une équivalence entre les deux groupes. Puis, la rapidité du post-test qui ne permet pas d'évaluer la stabilité des effets de la thérapie à long terme. Il apparaît également que les

conditions dans lesquelles les entretiens de récolte de données ont été effectués ne sont pas clairement décrites, ce qui constitue un potentiel biais de mesure.

Les chercheurs concluent que cette brève thérapie peut être intéressante dans la prévention de la dépression majeure en maison de retraite, chez les résidents qui présentent des symptômes subdépressifs ou des troubles de l'humeur. Cependant, ils recommandent plus d'études à ce sujet : une étude randomisée à plus grande échelle, une étude qualitative pour comprendre comment la thérapie agit et une étude comparative avec une thérapie de rétrospective de vie visant à une amélioration de la dimension relationnelle.

#7 - Korte, J., Drossaert, C.H.C., Westerhof, G.J., & Bohlmeijer, E.T. (2014). Life review in groups? An explorative analysis of social processes that facilitate or hinder the effectiveness of life review. *Aging & Mental Health*, 18(3), 376–384. doi :/10.1080/13607863.2013.837140

L'étude exploratoire de plusieurs docteurs en psychologie a pour méthode la théorisation ancrée¹³. Elle explore quels processus sociaux¹⁴ positifs et négatifs apparaissent lors de la thérapie de rétrospective de vie en groupe.

Les participants (n=20) de cette étude qualitative sont issus d'une première étude quantitative (Korte, Bohlmeijer, & Smit, 2009) étudiant les effets d'un programme de thérapie de rétrospective de vie en groupe sur les symptômes dépressifs. Ils ont donc participé à huit séances de thérapie de rétrospective de vie de deux heures à raison d'une fois par semaine. Sur les participants recrutés, la moitié (n=10) avait obtenu une amélioration significative des symptômes dépressifs après la thérapie et, l'autre moitié (n=10) n'avait pas obtenus d'effets bénéfiques. Leur âge moyen se situe à 62 ans et 80% d'entre eux sont des femmes. Ils vivent tous à domicile.

La collecte des données se déroule sous forme d'entretien semi-structurés dans lesquels des questions ouvertes et non-directives sont posées sur les expériences positives et négatives de l'intervention. Les entretiens se déroulent au domicile des participants et durent de 45 à 120 minutes. Des grilles d'entretiens avaient été conçues spécialement pour cette étude. Les chercheurs ont obtenu le consentement éclairé par écrit des participants pour l'enregistrement des entretiens et leur retranscription. À la suite des entretiens, ils procèdent également à l'anonymisation des retranscriptions. La saturation des données est atteinte.

¹³ "Recherche qui a pour but objet d'élaboration de théories enracinées dans des problèmes sociaux particuliers pour lesquels il existe peu d'études approfondies" (Fortin, 2010, p. 35).

¹⁴ Selon Sensagent.com (2016), "en psychologie sociale, un processus social ou processus interpersonnel est une manière dont l'information qui provient des individus ou groupes de personnes nous entourant affectent nos pensées, nos actions et nos émotions" (ex. la culture, les stéréotypes, les normes sociales).

L'analyse de données récoltées se déroule en deux temps. D'abord, deux chercheurs analysent chacun chaque verbatim pour faire ressortir les thèmes centraux. Puis, la mise en commun permet l'élaboration d'un cadre thématique à travers lequel chaque entretien est à nouveau analysé. Cela a permis de faire ressortir dix processus sociaux positifs et trois processus sociaux négatifs, qui ont pu être divisés en trois catégories plus larges: avoir une bonne atmosphère dans le groupe (*"having a good atmosphere in the group"*), se dévoiler à des camarades (*"disclosure to peers"*) et être en relation avec d'autres (*"relating to others"*). Voici, ci-dessous, les processus sociaux identifiés.

Les processus sociaux positifs: expérimenter un sentiment d'appartenance (*"experiencing a sense of belonging"*), se sentir accepté (*"feeling accepted"*), trouver de la bonne compagnie (*"finding good company"*), se dévoiler (*"disclosing oneself"*), apprendre à s'exprimer (*"learning to express oneself"*), trouver de la reconnaissance (*"finding recognition"*), réaliser que les autres ont aussi des problèmes (*"realizing that others have problems too"*), être plus efficace pour faire face à des problèmes en comparaison à d'autres personnes (*"being more successful at coping than others"*), apprendre des autres (*"learning from others"*), être capable d'aider les autres (*"being able to help others"*).

Les processus sociaux négatifs : avoir des difficultés à partager (*"having difficulties with sharing in the group"*), ne pas trouver de reconnaissance (*"finding no recognition"*), l'anxiété causée par l'éventualité de ne pas trouver de reconnaissance (*"anxiety caused by the prospect of finding no recognition"*).

En plus de l'identification de ces thèmes, les chercheurs comparent la fréquence à laquelle ces processus sociaux sont repérés entre le premier groupe (avec effets bénéfiques) et le deuxième groupe (sans effet bénéfiques). Aucune différence significative n'est obtenue. Les auteurs ressortent toutefois que la plus grande différence (>20 %) entre les deux groupes est que les participants ayant eu une bonne réponse à l'intervention démontrent une capacité à se dévoiler, trouver de la reconnaissance, réaliser que les autres aussi ont des problèmes, apprendre des autres. Alors que pour les personnes ne présentant aucune amélioration, la difficulté majeure est d'avoir des difficultés à partager en groupe.

Cette étude suggère que certains processus sociaux facilitent la thérapie de rétrospective en groupe et diverses conclusions et recommandations en ressortent. Premièrement, les chercheurs insistent sur l'importance d'une atmosphère chaleureuse et non-jugeante entre les divers participants et avec le thérapeute. Ces conditions sont favorisées lorsque les groupes sont petits, que la confidentialité entre les membres est assurée et que le temps de parole est équivalent entre chaque participant. Deuxièmement, les auteurs mettent en évidence l'importance du choix des participants pour ce type de thérapie. Il faut qu'ils aient envie de repenser à leur vie passée et de la partager en groupe. Troisièmement, ils présentent aussi divers avantages de la thérapie de groupe. Déjà, au travers de la reconnaissance que la personne peut trouver dans la validation de ses expériences par le groupe, en particulier lorsque les participants

ont des points communs. Ensuite, grâce au phénomène de la “comparaison sociale descendante”¹⁵ (Festinger, 1954) et du “principe de la thérapie de l'aidant (*helper-therapy*)”¹⁶ (Reissman, 1965) qui émergent de la thérapie de groupe, et qui vont aider la personne à s'adapter (cités dans Korte, Dorssaert, Westerhof, & Bohlmeijer, 2014).

Les auteurs relèvent toutefois certaines limites de leur étude. D'abord, les conditions de la thérapie de rétrospective de vie en groupe étaient avantageuses (petits groupes, temps de parole égal entre les participants) ce qui n'est pas représentatif de toutes les thérapies de groupe. Ensuite, la petite taille de l'échantillon ne permet pas de tirer des conclusions sur les différences entre les deux groupes, ni de calculer une corrélation intra-classe. Finalement, les auteurs mettent en avant le fait que les entretiens ont été conduits avec une grille spécialement créée pour cette étude qui n'étaient pas issues d'études précédentes.

Les recommandations sont de poursuivre la recherche qualitative pour comprendre l'impact de ces divers processus sociaux et déterminer lesquels, en particulier, ont un effet sur la réduction des symptômes dépressifs.

¹⁵ Le concept de “comparaison sociale descendante” est issu de la théorie de la comparaison sociale de Festinger (1954) qui postule que les individus se comparent entre eux pour connaître leur propre valeur (cité dans Cours de psychologie, 2013). La comparaison sociale descendante correspond à la comparaison à des personnes moins bien que soi (Cours de psychologie).

¹⁶ Le principe de la thérapie de l'aidant (*helper-therapy*) se réfère aux bienfaits de l'entraide entre personnes vivant les mêmes problématiques, autant pour celui qui se fait aider, que celui qui aide son semblable (Reissman, 1965).

3.1.1 Tableau de présentation des résultats

Etude - Devis	But de l'étude	Echantillon	Outils	Intervention	Résultat
#1- Haight et al. (2000) Étude quantitative longitudinale	Étudier l'efficacité de la reminiscence structurée comme une intervention infirmière holistique dans la prévention du désespoir, et dans la promotion de l'intégrité, en référence à la théorie d'Erikson, cela à long terme.	52 participants (35 ♀) M = 79,6 ans (70-88 ans) Maison de retraite	Mesures pré-post intervention à 0, 8 semaines, 1, 2 et 3 ans -Intégrité: <i>LSI-A, ABS, SES</i> -Désespoir: <i>BDI, HS, SI</i>	<i>Groupe expérimental (n=29)</i> : reminiscence structurée individuelle sur 6 à 8 semaines <i>Groupe contrôle (n=23)</i> : visites amicales sur 6 à 8 semaines	Amélioration significative du niveau de dépression à long terme (à 3 ans $p<0.03$). Amélioration significative de la satisfaction de vie (à 3 ans : $p<0.03$). Maintien de l'estime de soi à long terme (à 3 ans $p<0.03$) pour le groupe expérimental. En prenant en compte l'ensemble des variables, les auteurs supposent que la reminiscence structurée vie améliore la qualité de vie et prépare à la mort.
#2- Jones (2003) Étude quantitative quasi-expérimentale avec un devis avant-après	Étudier les effets de la reminiscence structurée (selon le protocole de la NIC) sur la dépression de femmes âgées vivant en maison de retraite, en comparaison aux effets de la reminiscence "simple".	30 femmes M= 81,7 ans (61-97 ans) Maison de retraite	Mesures pré - post intervention à 0 et 3 semaines - Dépression : <i>GDS</i>	<i>Groupe expérimental (n=15)</i> : 6 séances de reminiscence structurée selon la NIC en groupe sur 3 semaines <i>Groupe contrôle (n=15)</i> : 6 séances de reminiscence simple habituelles sur 3 semaines	Réduction significative du score de la <i>GDS</i> à court terme dans le groupe expérimental, après l'utilisation de la reminiscence structurée ($p=0.002$).
3 - Binder et al. (2009) Étude qualitative phénoménologique	Explorer l'expérience de séances de reminiscence structurée à domicile chez des femmes âgées.	14 femmes M= 82 ans (65-92 ans) Soins à domicile	Entretiens semi-structurés	6 sessions de reminiscence structurée à domicile par des soignants à domicile durant 5 à 6 semaines	Les grands thèmes qui ressortent des interviews 1. Quelqu'un pour écouter mon histoire 2. Un temps spécial 3. Interaction 4. Souvenirs utiles et agréables 5. Intégration des histoires vécues
4 - Stinson et al. (2010) Étude quantitative expérimental avec un devis avant-après	Étudier l'effet sur la dépression de l'utilisation de la reminiscence structurée durant six semaines, chez des femmes âgées, vivant en maison de retraite.	47 femmes M= 82,53 ans (<63 ans) Maison de retraite	Mesures à pré - pendant et post intervention à 0, 3 et 6 semaines - Dépression: <i>GDS</i>	<i>Groupes expérimental (n=22)</i> : 4 sessions de reminiscence structurée en groupe, sur deux semaines. <i>Groupe contrôle (n= 25)</i> : Activités sociales habituelles	Réduction significative du score de la <i>GDS</i> à 6 semaines pour les participants à la reminiscence structurée ($p = 0.008$). Réduction significative de la <i>GDS</i> à 3 semaines ($p=0.05$)

Etude - Devis	But de l'étude	Echantillon	Outils	Intervention	Résultat
#5 - Afonso et al. (2011) Étude quantitative quasi-expérimental avec un devis avant-après	Étudier les effets de la thérapie de rétrospective de vie sur le bien-être et l'intégrité ego chez les vieilles personnes portugaises.	90 participants (71 ♀) M= 76 ans (65-94 ans) Vivant à domicile	Mesures pré-post interventions à 0 et 3 semaines -Bien-être psychologique : <i>PWRS</i> -Intégrité : <i>Personality Development Scale</i>	<i>Groupe expérimental (n=30)</i> : 5 sessions individuelles de thérapie de rétrospective de vie conduites par des psy. <i>Groupe contrôle (n=30)</i> : absence d'intervention <i>Groupe contrôle-placebo (n=30)</i> : 5 séances de relaxation hebdomadaire	Augmentation significative du bien-être dans le groupe expérimental ($p<0.001$). Amélioration significative des 6 variables de la <i>Psychological Well-Being Scales</i> ($p<0.001$). Amélioration significative de la satisfaction et acceptation de son passé ($p<0.001$), dans le groupe expérimental
#6 - Maillard et al. (2012) Étude quantitative quasi-expérimentale avec un devis avant-après	Étudier l'effet de la thérapie de rétrospective de vie individuelle, chez des personnes âgées présentant des symptômes dépressifs sur l'humeur dépressive, la détresse psychologique et le bien-être subjectif.	20 participants (19 ♀) M= 84,3 ans (65-94 ans) Maison de retraite	Mesures pré-post intervention à 0 et 6 semaines -Dépression: <i>MADRS</i> -Détresse psychologique : <i>CISD</i> -Bien-être subjectif: <i>BES</i>	<i>Groupe expérimental (N=10)</i> : 5 séances de thérapie de rétrospective de vie individuelle (1 séance/semaine) en plus de l'accompagnement usuel. <i>Groupe contrôle (n=10)</i> : accompagnement usuel	Diminution significative des symptômes dépressifs ($p<0.01$) Amélioration significative de la détresse psychologique (en particulier au niveau des dimensions de l'abandon ($p<0.01$), de la dépendance ($p<0.02$), du désengagement ($p<0.02$), de la perte de l'individualité ($p<0.04$) et de la vulnérabilité ($p<0.03$)) Amélioration significative du niveau du bien-être subjectif au niveau de la satisfaction de vie ($p<0.01-0.02$). Mais, aucune amélioration au niveau du bien-être subjectif sur la dimension relationnelle.
#7 - Korte et al. (2014) Étude qualitative exploratoire avec une méthode de théorisation ancrée	1. Explorer les processus sociaux positifs et négatifs qui émergent lors de la thérapie de rétrospective de vie en groupe. 2. Explorer lesquels de ces processus peuvent avoir un effet sur la dépression dans un format de thérapie de groupe.	20 participants (16 ♀) 62 ans en moyenne Vivant à domicile	Entretiens semi-directifs	8 séances de 2 heures de thérapie de rétrospective de vie en groupe de 4 personnes (1 x/semaine)	10 processus sociaux positifs et 3 processus sociaux négatifs ont été identifiés, divisés en 3 catégories. Les personnes qui ont répondu positivement à la thérapie de rétrospective de vie de groupe semblent faire plus de comparaison sociale, trouver plus facilement de la reconnaissance, réaliser que les autres ont aussi des problèmes et apprennent des autres. Les personnes qui ne répondent pas à la thérapie de groupe semblent avoir des difficultés à partager en groupe.

3.2 Synthèse des résultats

Les sept articles ci-dessus ne sont pas comparables en tout point. Cependant, pour la synthèse des résultats, les concepts centraux du cadre théorique de la *Story Theory* seront repris pour faire ressortir les thèmes principaux qui en émergent. La synthèse sera d'abord présentée sous forme de tableau et ensuite sous forme de texte narratif.

Voilà les trois concepts centraux de la théorie en lien avec les études analysées.

- **Le dialogue intentionnel**

Cela se réfère à l'intention de rentrer en communication avec autrui et d'engager le dialogue (Liehr & Smith, 2008). Les conditions de l'intervention vont influencer la relation entre le patient et le professionnel. Le concept du dialogue intentionnel de la *Story Theory* rappelle que le récit de son histoire de vie se produit lorsqu'une relation de confiance est établie (Liehr & Smith). La catégorie qui en découle s'intitule "les conditions de l'intervention" et prend en compte divers aspects tels que :

- Le type de réminiscence : la réminiscence structurée ou la thérapie de rétrospective de vie.
- Le format de la réminiscence : en individuel ou en groupe.
- Le lieu de l'intervention : en maison de retraite, à domicile ou en ambulatoire.
- Le professionnel qui donne l'intervention : infirmière, psychologue ou encore travailleur social.

- **La connexion avec soi et les autres**

Cela se réfère au processus actif du partage de son histoire avec une autre personne, qui s'accompagne d'une prise de conscience et de l'identification de ses forces et de ses faiblesses (Liehr & Smith, 2008). Deux catégories découlent de ce concept : les diverses thématiques abordées lors des séances, et les fonctions de la réminiscence (selon les théories d'Erikson, de Butler, et selon les réminiscences intégrative et instrumentale).

- **La création de bien-être**

Cela se réfère à l'atteinte du bien-être via une relation favorisant la narration de l'histoire personnelle et qui tend à l'acceptation de celle-ci (Liehr & Smith, 2008). Le bien-être peut se définir comme un "état agréable résultant de la satisfaction des besoins du corps et du calme de l'esprit" (Larousse, 2016). La catégorie qui en découle est le recouvrement de la santé psychique suite à une intervention utilisant la réminiscence.

Voici, ci-après le tableau dans lequel les diverses catégories sont présentées en lien avec les sept études.

3.2.1. Tableau de synthèse

[illegible]

3.2.2. Le dialogue intentionnel et les conditions de l'intervention

Les modalités des séances de réminiscence sont très variées entre chaque article. Il n'y a pas deux études qui sont comparables en tant que telles. Trois articles sur les sept analysés (#5, #6, #7) concernent la thérapie de rétrospective de vie, contre quatre la réminiscence structurée (#1, #2, #3, #4).

Par rapport, aux nombres de séance, il y a des différences assez importantes, avec au minimum cinq séances (#5, #6) et un maximum de 12 séances (#4). L'étude #3 comporte six séances, et les deux dernières ont un nombre de séances fluctuants soit quatre à six (#2) ou six à huit (#1).

Dans les sept études analysées, il y a trois lieux différents d'intervention : en centre ambulatoire (#5, #7), à domicile (#3) ou en maison de retraite (#1, #2, #4, #6).

Quant aux professionnels conduisant l'intervention, ils sont également issus de disciplines différentes. Il y a trois études où l'intervention est menée par des infirmières (#1, #2, #4), puis une par un psychiatre (#7) et deux par des psychologues (#5, #6). La dernière étude soit la #3, est faite par des soignants, mais les auteurs ne spécifient pas la formation de ces personnes, hormis qu'elles ont été initiées à trois heures de cours sur la réminiscence.

Concernant le format de la thérapie, trois de ces études sont faites en groupe (#2, #4, #7) et donc quatre en individuel (#1, #3, #5, #6). Dans l'étude #2, l'auteur rend attentif à divers points sur le format groupe. Il relève que la personne qui prend en charge le groupe doit être attentive à ce qu'un des participant ne deviennent pas trop agité ou anxieux, et si cela devait arriver, il devrait quitter le groupe. L'étude #2 relève aussi le fait que les participants sont à risque de révéler au groupe des informations sensibles et potentiellement nuisibles pour les autres participants. Dans ces cas, il est suggéré que la discussion se poursuive en individuel. L'étude qualitative #7 explore plus particulièrement les effets positifs et négatifs de la thérapie de rétrospective de vie en groupe. En interrogeant des personnes qui avaient répondu positivement ou non à cette thérapie, ils ont identifié que le format en groupe permettait à une partie des participants d'avoir un sentiment d'appartenance, d'apprendre à s'exprimer ou encore de rencontrer du monde. Il ont aussi identifié deux phénomènes issus du format en groupe, celui de la "comparaison sociale descendante" (Festinger, 1954) qui se traduit par le fait que les participant se comparent aux autres en réalisant qu'ils ne sont pas les seuls à avoir des problèmes et qu'ils sont peut-être plus chanceux que d'autres (cité dans Korte et al., 2014). L'autre phénomène est celui du "principe de la thérapie de l'aidant (*helper-therapy*)" (Reissman, 1965) qui se traduit par le fait d'apprendre des autres, mais aussi celui de pouvoir donner des conseils aux autres participants (cité dans Korte et al., 2014). Cependant, les chercheurs ont également identifié que les personnes qui ne tirent pas de bénéfices à la thérapie de groupe ont tendance à avoir des difficultés à partager et peuvent craindre de ne pas avoir de reconnaissance, voir même à avoir le sentiment de ne pas trouver de reconnaissance dans le groupe.

Ces divers éléments permettent aux auteurs d'insister sur la responsabilité du meneur de groupe à instaurer un climat chaleureux, non-jugeant, confidentiel et équitable (temps de parole partagé). Mais aussi d'essayer de former des petits groupes (environ quatre personnes) avec des personnes susceptibles d'avoir des histoires similaires. Ils insistent également sur l'importance que ces personnes aient envie de partager les histoires avec d'autres pour participer à une telle thérapie.

3.2.3. La connexion avec soi et les autres, et les thèmes abordés

La majeure partie des études (#1, #3, #4, #5, #6) aborde les trois thèmes suivants : l'enfance, la jeunesse et l'adolescence et la vie d'adulte. Le mariage et la famille sont des thèmes évoqués par les études #1, #3, #4 et #6. D'autres thèmes tels que les vacances, les animaux de compagnie, le sens de la vie, ou encore les expériences stressantes sont traités dans certains protocoles (#4, #5, #6). L'étude #2 ne mentionne pas de thème précis, mais elle propose plutôt un certain nombre de modalités et conditions qui peuvent permettre d'instaurer un climat favorable pour faire des sessions de réminiscence.

Dans deux études, des moyens externes sont utilisés pour stimuler la réminiscence: la musique (#4) et les photographies (#2, #4).

Les divers protocoles proposent ces thématiques ou ces moyens, mais aucune des études comparées n'utilise la même procédure. D'ailleurs, les protocoles utilisés par les auteurs sont plus ou moins détaillés. Par exemple dans l'étude #1, les questions qu'utilisent le professionnel sont clairement énoncées dans le protocole *Life Review and the experiencing form* (LREF). Le protocole d'Afonso (#5) est également très précis. Il y a des questions types à poser à la personne âgée, afin de stimuler sa mémoire et d'encourager la construction positive du soi. Par contre, dans les autres études, les protocoles sont plus vagues. Dans l'étude #3, il y a le nom des thèmes pour chacune des séances, ainsi qu'une ou deux questions types, en référence au protocole *The Therapeutic Life Review* (TTLR). Le protocole de Stinson (#4), comprend juste des points à aborder par séance.

3.2.4. La connexion avec soi et les autres, et les fonctions de la réminiscence

Toutes les études font référence au minimum à un cadre théorique, qu'il soit psychologique ou infirmier, cela afin de d'inscrire la réminiscence dans son contexte historique et d'illustrer les bienfaits qui lui sont attribués. Les chercheurs font principalement références aux concepts de Bulter et d'Erik Erikson. La majorité des études font un lien avec Butler (#2, #4, #5, #6, #7). Ceci semble cohérent puisqu'il est le premier à souligner l'importance de la réminiscence et de la rétrospective de vie dans l'adaptation réussie des personnes âgées (Webster, et al., 2010). Quant à E. Erikson, quatre études le cite (#1, #2, #3, #4), en particulier pour faire le lien avec l'interprétation des résultats qui tendent à favoriser l'intégrité et plutôt que le désespoir.

Un dernier cadre théorique est cité dans l'étude #4, c'est celui d'Helen Erikson qui propose la théorie infirmière "*Modeling/role modeling*". Cette théorie a été choisie par les auteurs dans le cadre de la réminiscence, car elle met l'accent sur le fait que l'infirmière doit valoriser les aspects positifs de la vie de la personne âgée et lui rappeler que chacun peut faire des erreurs (Erikson et al., 1983, cité dans Stinson, 2010). Elle se base sur les travaux de Maslow¹⁷ "la hiérarchie des besoins", la théorie de E. Erikson "le développement psychosocial", la théorie de Piaget¹⁸ du "développement cognitif", et finalement celle de Selye et Lazarus¹⁹ avec leur théorie du syndrome général d'adaptation [traduction libre] (Erikson, Tomlin, & Swain, 2012).

Comme présenté au début du travail, plus récemment, diverses fonctions plus précises et spécifiques de la réminiscence ont été identifiées dont deux qui favoriseraient une meilleure santé psychique.

Seules les études menées par des psychologues ou des psychiatres (#5, #6 et #7) font référence à ces fonctions et favorisent leur utilisation auprès des participants. Dans l'étude #5, le protocole de la thérapie a été conçu par Afonso pour stimuler le récit de souvenirs autobiographiques précis et encourager une reconstruction positive de soi, cela en passant par la réminiscence intégrative et instrumentale [traduction libre] (Afonso, 2008, p.1069). Dans l'étude #6, bien qu'il n'y a pas un protocole précis pour l'intervention. Les auteurs précisent que ces deux types de réminiscence ont été combinés pour atteindre certains objectifs de la thérapie. Premièrement, la réinterprétation d'expériences négatives et leurs causes et conséquences pour tendre vers une réévaluation positive de son histoire de vie (réminiscence intégrative). Pour cette étude, elle est utilisée afin de permettre aux nouveaux résidents de repenser leur entrée en maison de retraite, en étant accompagné pour prendre de la distance et analyser leurs représentations et leur perception de la situation. Deuxièmement, il y a le rappel de stratégies passées, afin d'améliorer l'estime de soi, le sentiment d'auto-efficacité ou encore la capacité à gérer des situations (réminiscence instrumentale). D'ailleurs, en lien avec ces objectifs, dans l'étude #5, les auteurs associent l'amélioration du score de l'acceptation de soi à la réminiscence intégrative, et l'amélioration du score de la maîtrise de l'environnement et de la croissance personnelle à l'activation de la réminiscence instrumentale.

Pour faire un parallèle avec les thématiques abordées, il apparaît que l'étude #6 va même jusqu'à aborder les situations stressantes du passé et les accomplissements personnels qui sont liées à la réminiscence instrumentale.

¹⁷ Maslow décrit la hiérarchisation des besoins fondamentaux, souvent connue sous le nom de pyramide de Maslow (Wikipédia, 2015b)

¹⁸ Piaget met au point une théorie sur le développement cognitif de l'enfant, afin de mettre en évidence que les modes de pensées se développent et diffèrent de ceux de l'adulte (Wikipédia, 2016).

¹⁹ Ce modèle distingue trois phases comparant le niveau de résistance face au stress "normal" (ex : lors d'une agression) et le stress problématique : réaction d'alarme, phase de résistance, phase d'épuisement (Wikipédia, 2015a).

3.2.5. La création de bien-être et le recouvrement de la santé psychique

Pour illustrer la création du bien-être, diverses variables ont fait l'objet d'étude. Toutes les variables utilisées dans les différentes études visent à mesurer la diminution de la dépression, le mieux-être ou l'intégrité. Ce qui se rapproche de l'état de bien-être qui est recherché au travers de la *Story Theory*.

Tout d'abord, la dépression est mesurée soit par la *GDS* (#2, #4), la *BDI* (#1) ou encore la *MARDS* (#6). Les études #2 et #4, effectuées en maison de retraite et proposant de la réminiscence structurée en groupe, montrent une diminution significative de la dépression dans le groupe expérimental, par rapport aux groupes contrôle qui recevaient une intervention habituelle de type "activités sociales". Les mesures sont faites immédiatement après l'intervention, soit après trois semaines pour l'étude #2 (six séances en trois semaines), ou soit après six semaines pour l'étude #4 (douze séances en deux semaines). Toutefois, dans l'étude #4, une mesure supplémentaire a été effectuée en milieu d'intervention, ce qui a permis de montrer une diminution encore plus importante du score de la *GDS* avec le temps.

L'étude #1 et l'étude #6, ont également été effectuées en maison de retraite, mais en format "individuel", une fois en proposant de la réminiscence structurée et une fois de la thérapie de rétrospective de vie. Elles ont aussi montré une diminution significative de la dépression en fin d'intervention. Dans l'étude #6, la mesure a été comparée à un groupe contrôle qui n'avait aucune intervention. Dans l'étude #1, elle a aussi été mesurée un, deux et trois ans après, et comparée à un groupe contrôle qui avait reçu des visites amicales. Les chercheurs de l'étude #1 ont observé en plus de l'effet immédiat de l'intervention, qu'une différence significative était toujours présente deux et trois ans après. Cependant, à une année, les deux groupes avaient baissés leur score de la dépression ce que les auteurs ont attribué à une adaptation générale au nouveau lieu de vie. Ces deux dernières études, en plus de l'évaluation de la dépression, s'intéressent à d'autres variables qui illustrent le mal-être psychique : la détresse psychologique (#6), les idées suicidaires (#1) et le découragement (#1). Dans l'étude #6, de manière générale, il y a une diminution significative de la détresse psychologique, mais dans l'étude #1, les chercheurs ont observés une diminution non significative du découragement à partir d'une année post-intervention et une augmentation des idées suicidaires, après trois ans dans le groupe contrôle. Le résultat de cette dernière variable serait le reflet d'une meilleure préparation à la mort pour le groupe expérimental, car les auteurs n'arrivent pas à l'expliquer en lien avec les résultats des autres mesures.

Maintenant, concernant le mieux-être psychique, il est mesuré dans les études #1, #5, #6, au travers du bien-être psychologique (#1, #5, #6), de l'intégrité (#5), l'estime de soi (#1), la satisfaction de vie (#1). Toutefois, il faut être attentif à deux éléments. D'abord, dans l'étude #1, l'intégrité est représentée au travers des trois variables cités ci-dessus, et dans l'étude #5, la mesure de l'intégrité se décline en sous-catégories comme la croissance personnelle, le sens de la vie, l'acceptation de soi ou encore la satisfaction du passé. Ensuite, aucune de ces échelles n'est similaire.

Malgré les différences dans les mesures, les trois études montrent une amélioration de l'état mental. Dans l'étude #1, l'estime de soi est restée stable durant les trois ans d'études, mais est significativement plus élevée que dans le groupe contrôle. La satisfaction de vie devient significativement plus élevée après trois ans. Par contre, le bien-être psychologique n'est pas maintenu à long terme. Les auteurs associent cela aux caractéristiques de l'échelle utilisée qui mesurerait le bien-être transitoire. Dans l'étude #6, la sous-catégorie du bien-être subjectif mesurant la satisfaction de vie a montré une amélioration significative dans le groupe contrôle. Par contre, la sous-catégorie mesurant la dimension émotionnelle n'a pas montré d'évolution mis à part pour les manifestations d'anxiété ou de dépression. Cette dernière sous-catégorie reflète les états d'esprits liés aux liens sociaux. Les auteurs justifient ce résultat en mettant en avant le fait que les liens entre les résidents et leurs familles n'ont pas évolué en six semaines, et que la thérapie individuelle ne favorise pas la création de nouveaux liens sociaux. Finalement, dans l'étude #5, qui propose cinq séances de thérapies de rétrospective de vie individuelles, les mesures effectuées immédiatement après l'intervention ont montré une amélioration significative du bien-être psychologique et de l'intégrité. Les deux groupes contrôles de cette étude ne recevant aucune intervention ou simplement des séances de relaxation n'ont pas eu de changement dans ces mesures.

L'étude qualitative (#3) a également pu montrer une création du bien-être au travers des entretiens et des thèmes qui en sont ressortis. L'étude (#3) fait référence à Erik Erikson et ainsi montre que la personne rentre dans l'intégrité après les séances de rétrospective de vie. Le premier thème "quelqu'un pour écouter mon histoire", est illustré par une participante qui dit "il était bon de parler de ma vie parce que je n'ai pas la chance de le faire avec les autres gens" [traduction libre] (Betty, cité dans Binder et al., 2009, p. 292). "Un temps spécial" est le deuxième thème qui est ressorti. Les participantes ont apprécié d'avoir une attention particulière par le soignant. Le troisième concerne l'interaction soignant-soigné. Il est décrit par Ellen, une participante, qui dit "nous avons eu tout le long la même personne et nous étions en mesure pour parler de la même des choses. Nous communiquions vraiment bien" [traduction libre] (cité dans Binder et al., 2009, p. 292). Les deux derniers thèmes ressortis de cette étude sont "les souvenirs avaient une signification particulière" et "une intégration des expériences vécues". Avec ces différents thèmes évoqués, il est intéressant de voir que la personne âgée s'est, en quelque sorte, "guérie" avec une considération particulière de la part d'une personne externe à son entourage.

4. Discussion

Cette dernière partie du travail a pour but d'apprécier et d'interpréter les résultats, ainsi que d'énoncer les limites et les conséquences de ceux-ci sur la pratique (Fortin, 2010). En premier lieu, les limites du cadre théorique seront discutées. Puis, la question de recherche initialement posée sera reprise en lumière des résultats obtenus. Les limites de ce travail seront ensuite citées et la possibilité de généraliser les résultats obtenus sera questionnée. Finalement, les recommandations pour la pratique permettront de réfléchir à la possibilité de mettre en place des interventions de réminiscence en Suisse et d'ouvrir la discussion sur des pratiques liées aux souvenirs et au récit.

4.1. Lien avec le cadre théorique

La mise en lien entre le cadre théorique de la *Story Theory* et la réminiscence, est utile dans ce travail pour structurer la synthèse et faire un lien avec les concepts centraux. Il permet également de réfléchir à la place de l'infirmière dans ce type d'approche narrative et même de manière plus générale. Bien qu'elle ne suffise pas de situer cette pratique dans le champ de compétence d'une infirmière, cette théorie décrit l'attitude qu'une infirmière pourrait avoir pour accueillir et favoriser le récit d'une personne. Par exemple, les auteurs rappellent l'importance d'être en présence vraie²⁰, afin de stimuler la réflexion de la personne qui narre son histoire (Liehr & Smith, 2008). De plus, elles soulignent que l'infirmière, en stimulant la personne à aller de plus en plus en profondeur, va lui permettre de relier son passé avec son présent et son futur, et d'en faire émerger du sens, de la cohérence, voire lui permettre d'atteindre le bien-être (Liehr & Smith).

Toutefois, bien que cette théorie intermédiaire issue de la discipline des soins infirmiers puisse être facilement mise en lien avec la question de recherche, elle se discute sur divers aspects. C'est principalement son ancrage théorique qui interroge. En effet, la *Story Theory* semble être inscrite dans une lignée théorique bien plus ancienne à laquelle les auteurs ne font pas référence. A partir du XIX^{ème} siècle, des travaux autour du récit autobiographie et des récits de vie²¹ apparaissent en psychanalyse, en sociologie, en anthropologie, en sciences de l'éducation, en psychologie, ou encore en philosophie (Bourlot, 2010 ; Coopman & Janssen, 2010 ; Dominicé, 2003; Orofiamma, 2002).

²⁰ La présence vraie comprend diverses attitudes telles que le non-jugement, le fait d'aller au rythme de la personne, la reformulation, la clarification, l'ouverture sur le passé, le présent, le futur (Liehr & Smith, 2008). Elle est cruciale durant une activité de partage d'histoire pour être réellement avec la personne et permettre l'émergence d'interrogations (Liehr & Smith).

²¹ Les récits de vie peuvent être défini comme : "la narration ou le récit – oral ou écrit – par la personne elle-même de sa propre vie ou fragments de celle-ci. [...] L'"autobiographie" étant la forme écrite du "récit de vie" (Legrand, cité dans Coopman & Janssen, 2010)

En sciences de l'éducation, le récit est considéré comme un moyen pour l'être humain d'entrer dans un processus de formation, de développement, qui peut se produire toute au long de sa vie (Dominicé, 2003). En philosophie, Ricoeur (1983) a décrit que le récit invite la personne à reconstruire une cohérence et donner un sens à sa vie, mais aussi à revenir sur des événements qui ne sont pas produits, et ainsi ouvrir des perspectives pour le futur (cité dans Orofiamma, 2002). Il décrit le récit comme une suite de faits agencés par le narrateur, qui vont se succéder selon un ordre chronologique et subjectif, afin de leurs donner du sens (Ricoeur, cité dans Orofiamma). Selon Danto, la personne reconfigure son histoire et relie des événements au travers d'un récit qu'il peut juger cohérent (1981, cité par Orofiamma).

La *Story Therapy* et ses concepts semblent proches de ce courant théorique-là, en particulier avec la création du sens et du bien-être par la narration. Cependant, il faut relever que les théories de la narration, tout comme la *Story Theory*, ne font pas de lien avec le théoricien Butler, très présents dans le cadre de la réminiscence. Lui met en avant les bienfaits de "se souvenir" au travers du récit de soi, plus que les bienfaits du récit en lui-même. De même que les articles sélectionnés ne font aucune référence aux travaux sur le récit.

En somme, La *Story Therapy* a permis de pouvoir faire une synthèse des résultats, grâce à ses trois concepts majeurs. Dans la pratique, cette théorie peut être utilisée dans les institutions, telles que les EMS, afin de pouvoir avoir une base réflexive autour du recueil d'histoire de vie.

4.2. Réponse à la question de recherche

La problématique de ce travail avait mené à la question de recherche suivante:

“Chez la personne âgée présentant des symptômes dépressifs légers, l'utilisation de la réminiscence par l'infirmière peut-elle avoir un impact positif dans le recouvrement de sa santé psychique?”

Au vu des études analysées, bien que des biais existent et que ces recherches soient difficilement comparables, la réminiscence semble effectivement avoir un impact positif sur la santé psychique des personnes âgées. Cependant, cela pose un certain nombre de questions sur les éléments qui pourraient influencer cette efficacité. Tout d'abord, la différence qu'il peut y avoir entre la réminiscence structurée et la thérapie de rétrospective de vie. Ensuite, l'influence qu'ont les diverses modalités de l'intervention (groupe/individuel, protocoles, nombre de séances, durée). Finalement, sur l'effet réel de la réminiscence, c'est-à-dire si les bienfaits sont simplement dû à l'augmentation de l'interaction sociale ou à la considération portée à la personne.

Entre la réminiscence structurée et la thérapie de rétrospective de vie, il y a-t-il une différence sur l'efficacité de l'intervention?

À partir du moment où la thérapie de rétrospective de vie s'apparente à une psychothérapie, il semble tout à fait probable que cette intervention soit plus efficace que la réminiscence structurée pour diminuer les symptômes dépressifs et améliorer le bien-être. De plus, dans les études analysées, celles qui testaient la thérapie de rétrospective de vie mettaient en avant l'utilisation des fonctions intégrative et instrumentale qui ont démontrés des bienfaits sur l'état mental (Cappeliez, 2009).

En 2011, une méta-analyse (Pinquart & Forstmeier) a analysé 128 études (dont 90 en format groupe) pour comparer l'efficacité entre la réminiscence simple (n=82), la réminiscence structurée (n=37) et la thérapie de rétrospective de vie (n=18) sur neuf variables (dépression, santé mentale, intégrité-ego, sens de la vie, maîtrise, performance cognitive, interaction sociale et préparation à la mort). Cette étude montre une amélioration significative de toutes les variables en post-test, en particulier sur les symptômes dépressifs et l'intégrité-ego. Cependant, les effets, sur les symptômes dépressifs en particulier, sont plus importants dans le cadre de la thérapie de rétrospective de vie. L'auteur nuance toutefois cela, en rappelant que les participants à cette thérapie-là avaient des symptômes dépressifs plus élevés avant l'intervention, ce qui expliquerait que la baisse soit aussi plus importante. Pinquart et Forstmeier concluent donc que les interventions de réminiscence produisent des effets légers à modérés sur les diverses variables nommées ci-dessus, et que les effets de la thérapie de rétrospective de vie dans le cadre du traitement de la dépression sont similaires aux autres psychothérapies.

De somme, les résultats vont dans le même sens que ceux obtenus dans ce travail. Toute forme de réminiscence aurait un effet bénéfique, mais ceux-ci à un degré plus ou moins important.

Est-ce que les diverses modalités (groupe/individuel, protocoles, nombre de séances/durée, thématiques) ont vraiment une influence sur le bien-être que les personnes âgées peuvent tirer de ces interventions?

Pour en revenir aux conditions de l'intervention présentées dans la synthèse, comme dit précédemment, il y a une grande diversité des modalités d'interventions.

Concernant le format de l'intervention, en individuel ou en groupe, les résultats des études diffèrent. D'abord, deux grandes méta-analyses (Bohlmeijer et al. 2003 ; Pinquart & Forstmeijer, 2011) affirment que les interventions de réminiscence en groupe ou en individuel auraient des effets équivalents sur la réduction des symptômes dépressifs. Ensuite, à partir de diverses études, Westerhof (2010, cité dans Korte, 2014) a conclu que l'efficacité du format dépend plutôt de l'âge des participants. Les personnes dans le 3^{ème} âge bénéficieraient plus du format "groupe" dans lequel elles vont évaluer leur parcours et se fixer des objectifs pour le futur. Alors que les personnes du 4^{ème} âge bénéficieraient plus du format "individuel" dans lequel elles peuvent revenir sur des conflits non-résolus. Cependant, d'autres éléments

peuvent entrer en jeu concernant la pertinence du format de l'intervention. Comme vu précédemment, l'étude #7 met en évidence que certaines caractéristiques personnelles (ex. l'appréhension et la difficulté à s'exprimer en groupe) pouvaient être un réel frein à l'efficacité de ce format. En outre, une revue de littérature (Housden, 2009), portant sur sept articles, a étudié les facteurs qui influencent l'efficacité des approches de réminiscence dans la prévention et le traitement de la dépression en maison de retraite. Il en est ressorti que les interventions de réminiscence en groupe peuvent être une occasion pour la personne âgée institutionnalisée de sortir de l'isolement et d'accroître les relations sociales entre résidents. Il n'y a donc pas de conclusion unanime à ce sujet.

Concernant les protocoles d'intervention, cette même revue de littérature (Housden, 2009) a ressorti deux autres éléments. Premièrement, le thérapeute doit être au clair sur ce qu'il a l'intention de réaliser à travers la réminiscence [traduction libre] (Housden, p. 37). Deuxièmement, il doit être attentif à la structuration de son intervention, selon s'il vise plutôt une socialisation ou une gestion des conflits non-résolus. La structuration implique les divers supports, mais aussi le choix des participants (Housden).

En effet, en plus de la "simple" réminiscence orale, il existe toutes sortes de supports qui peuvent être utilisés, pour stimuler les souvenirs (photographie, arbre généalogiques, écrits autobiographiques, musique, ...) (Webster et al., 2010). Dans une étude (Preschla et al., 2012), la personne se retrouve même seule en face d'un ordinateur et dactylographie les réponses à des questions posées liées à des souvenirs. Les résultats sont intéressants, puisqu'il y a une diminution significative des symptômes dépressifs chez les personnes participantes à ce type de réminiscence individuel (Preschla et al.). L'avantage de cela est que la personne peut faire de la réminiscence de manière plus autonome, par contre la dimension de récit et la dimension relationnelle disparaissent. De plus, il est clair que cela reste réservé à des personnes pouvant utiliser seules un ordinateur.

Concernant le choix des participants, Housden rend attentif au fait qu'il faut penser à plusieurs éléments. Premièrement, tout le monde ne veut ou ne peut pas raconter son histoire. A ce propos, Coleman (1986) suggère qu'il y a une partie des individus qui aiment se rappeler et qui tirent des bénéfices à aller chercher des souvenirs [traduction libre] (cité dans Housden, 2009, p. 39). Au contraire, certains n'aiment pas l'activité et, souvent, restent avec des conflits non-résolus, dont ils ne veulent pas discuter et sur lesquels ils peuvent ruminer sans les résoudre [traduction libre] (p. 39). Deuxièmement, dans la formation de groupe, Housden et Korte et al. (2014) suggèrent qu'ils soient formés de personnes ayant une vie ou un mode de vie similaire, afin que chacun trouve la reconnaissance des autres. En plus de l'intention, la structuration de l'intervention va bien entendu aussi dépendre des moyens financiers, matériel et humain à disposition.

Concernant le nombre de séances et leur durée, il est exposé dans la synthèse qu'il y a une grande différence entre les études (entre cinq à douze séances sur trois à six semaines). La question reste en suspens, car il n'y a pas d'étude qui montre un nombre de séances idéal pour que la personne se sente

mieux sur le plan psychologique. Dans les études analysées, l'étude #4 met en avant qu'entre trois et six semaines le score de la *GDS* continue à baisser, bien que la réduction des symptômes dépressifs soit déjà significative après trois semaines. Dans l'étude #2, l'auteur ne remarque pas de différence entre quatre et six séances. Encore une fois, les études étant si différentes, cela est difficile à comparer.

Concernant les thèmes à aborder dans le cadre d'une intervention de réminiscence et les différents protocoles d'intervention, la synthèse montre qu'il en existe une large variété. Pour Stinson (2009), il n'y a pas de consensus sur des thèmes particuliers pour les interventions de réminiscence, bien que les "premiers" (*firsts*) (ex. premier travail, premier animal, etc.) et les expériences de l'enfance, du mariage, de la vie de famille et du travail, soient des thèmes privilégiés.

En somme, peu de consensus a été trouvé dans les modalités et les conditions d'interventions. Les différences individuelles pourraient l'expliquer. Travailler avec l'humain garde une part de mystère, et ces questionnements le montrent bien.

Est-ce que ce sont réellement les interventions par la réminiscence qui font cet effet, ou serait-ce l'augmentation de l'interaction sociale et la considération portée à ces personnes âgées?

Entrer en communication et en relation est inhérent à ce type d'intervention. Il est donc difficile d'isoler ce qui provoque le bien-être. Dans l'étude #6, le groupe contrôle ne reçoit aucune intervention, et les chercheurs ont même pu noter une augmentation du sentiment de refus d'assistance et de satisfaction de vie actuelle. Dans la majorité des autres études analysées, les groupes contrôles font des activités sociales, mais ne voient pas d'amélioration significative de leur état mental. Cela sous-entend quand même que le fait de se raconter ou que quelqu'un s'intéresse à son histoire peut avoir un impact spécifique. Cela peut s'appuyer sur les diverses théories présentées dans ce travail postulant que le récit de soi ou le souvenir de son histoire permettent le bien-être, ou du moins le mieux-être, et la création du sens.

4.3. Limites du travail

Deux limites ont été relevées après l'analyse des articles sélectionnés. Il y a premièrement des échantillonnages faibles et non représentatifs, et deuxièmement une direction assez psychologique des articles les plus récents.

Par rapport à l'échantillonnage, l'étude #2 et #6 comprennent un nombre de participants entre 20-30 personnes, alors que ce sont des études énoncées comme étant quantitatives. Ensuite, la majorité des échantillons sont constitués de femmes. Par exemple, les études #2, #3 et #4 sont uniquement réalisées avec des femmes. Tandis que les études #5, #6 et #7 en comprennent environ 75%. L'étude #1 est la seule qui montre une égalité chiffrée entre homme et femme. En effet, il aurait été intéressant de prendre

en compte la dimension du genre dans l'analyse, ce qui n'a pas été fait. Toutefois, cela permet d'augmenter la généralisation des résultats aux femmes.

Ensuite, la grande différence d'âge des participants est elle aussi un problème à relever. Bien que les interventions par la réminiscence ne soient pas réservées aux personnes très âgées, les problématiques en début de retraite et lors de l'entrée en institution ne sont pas comparables. Cependant, au vu du nombre important d'études sur les personnes âgées en général et non exclusivement aux plus de 80 ans, le choix d'article a dû être élargi.

Un de nos critères d'inclusion est que l'année de parution soit après 2000. Un grand nombre d'études faites par des infirmières ont été publiées dans les années 80-90. Avec le recul, il apparaît que les études les plus récentes sont majoritairement dans le domaine de la psychologie, ce qui limite la pratique de ces interventions par les infirmières. Malgré cela, la théorie infirmière appuie la place qu'elles peuvent y trouver. Rappelons que la *Story Theory* se trouve dans le paradigme de la transformation qui soutient la thèse que la personne est en changement continu et que l'infirmière l'influence à chaque interaction (Pépin et al., 2010). Mais aussi que la personne reste acteur de sa santé (Pépin, et al.). L'infirmière peut donc favoriser le "mieux être" de la personne, en cas de dépression légère, en soutenant un récit personnel qui lui permettra d'entrer un processus d'acceptation de son histoire.

4.4. Caractère généralisable des résultats

Le but de ce sous-chapitre est d'identifier si les résultats obtenus à partir des études analysées sont généralisables.

Pour commencer, les critères d'exclusion réduisaient les études faites hors de l'Europe et de l'Amérique du Nord. Les résultats obtenus pourraient donc être généralisable à la population occidentale. Il faut savoir que ce type de démarche est culturellement située. Dans les cultures non-occidentales, la pensée est d'avantage collective plus qu'individuelle, et dans certaines langues, le "je" n'existe pas (Cohen-Scali & Moliner, 2008). Dans l'utilisation de la réminiscence, cela semble donc une barrière au récit personnel et, par conséquent, à la généralisation hors-occident. Cette démarche de réminiscence s'inscrit autour d'une culture de la personne pouvant élaborer son histoire.

En plus de la dimension culturelle, la non-prise en compte du niveau socio-économique et socio-professionnel est un obstacle à la généralisation des résultats. Toutefois, selon Bourdieu (1982), sociologue, ces variables sont constitutives de l'histoire de la personne, mais aussi de sa capacité à pouvoir la dire, la retranscrire et la partager dans un cadre où s'exprimer n'est pas toujours vécu comme étant légitime. En effet, il y a une compétence inégale en manière de communication (Bourdieu, 1982). A vouloir généraliser cette pratique à l'ensemble des personnes âgées, l'infirmière pourrait se mettre dans une position où elle est contraignante pour celui qui doit s'exprimer.

Par contre, il est intéressant de savoir que ce type de méthode pourrait être utilisé chez d'autres personnes que la population âgée dépressive. Il existe d'ailleurs quelques études sur l'utilisation de la réminiscence chez des personnes atteintes de démence. Entre autre, Woods et al. (2005) ont montré dans une revue systématique que les interventions de réminiscence auprès de cette population permettraient une amélioration au niveau de la mémoire, de l'humeur et de la communication (cité dans Caza, 2013). L'utilisation de divers supports (photographie, costume, musique, ...) permettent la récupération des souvenirs à partir de la mobilisation des cinq sens (Caza). De même, dans une de ses études, Sonia Bonneville (2014) utilise la boîte à souvenir comme outil de réminiscence. Ce type peut être plus accessible pour les personnes ayant des troubles cognitifs puisque la réminiscence se passe autour des objets et non du dialogue. Elle demande par contre une implication de la part de la famille et des professionnels de santé (Bonneville).

Pour conclure, malgré les limites de certaines études, il ne faut pas oublier que la réminiscence montre des effets favorables sur les échantillonnages testés, ce qui encourage à continuer cette thérapie dans les situations bien évaluées.

4.5. Recommandations

Il y a deux types de recommandations possibles. Premièrement, les recommandations applicables à la pratique et, deuxièmement, les recommandations cliniques (Fortin, 2010). Les recommandations cliniques ont pour but de proposer des conduites en cas de nouvelle étude (Fortin). Ce prochain sous-chapitre va d'abord exposer les recommandations cliniques puis celles de la pratique.

Pour les recommandations cliniques, il y en a deux. Les auteurs des études #2 et #6 conseillent un échantillonnage plus large, dans le but de pouvoir avoir des résultats plus concrets et ainsi de pouvoir mieux les généraliser. Les études #6 et #7 proposent de faire études mixtes²² afin d'avoir des données plus complètes à ce sujet.

Ensuite, les articles proposent aussi des recommandations de prise en charge et de prévention dans le cadre de la dépression. Les études #1 et #4 encouragent les soignants à faire des évaluations de la dépression, après une entrée en maison de retraite, puisque ce moment est souvent mal vécu par les personnes âgées. Cela est appuyé par les recommandations de *The National Clearinghouse Guidelines* et *The American Geriatric Society*. L'étude de Binder et al. (#3), recommande que la réminiscence soit plus exploitée dans le cadre des soins à domicile.

²² L'étude mixte se définit comme une combinaison "dans la même étude des aspects tirés des approches quantitatives et qualitatives" (Fortin, 2010, p. 256).

Concernant l'application de la réminiscence, dans le cadre des études analysées, les recommandations se basent sur deux axes. Premièrement, selon les études conduites par des professionnels en psychologie ou psychiatrie (#5, #6, #7), les interventions de réminiscence devrait être données par des personnes spécialisées dans le domaine, soit des personnes faisant partie de ce corps professionnel. Deuxièmement, les recommandations des études faites par des infirmières (#3) ou soignants (#4) sont différentes. En effet, elles invoquent de continuer de donner cette compétence aux infirmières puisque ce sont elles qui connaissent le mieux leur patient.

Par rapport au champs de compétences infirmiers, il est important de se rappeler de la réglementation suisse. En effet, comme dit précédemment, selon l'art. 46 REPS, pour avoir un droit de pratiquer des psychothérapies, il est nécessaire d'avoir une formation en psychologie. Ce qui revient à dire qu'une infirmière ne peut pas exercer la thérapie de rétrospective de vie sans une formation en psychologie équivalente. Cependant, des infirmières pourraient tenir des groupes thérapeutiques ou des entretiens individuels avec l'utilisation de la réminiscence structurée, puisque ce type d'intervention ne s'inscrit pas en tant que psychothérapie. Par contre, il paraît important qu'une formation soit entreprise avant de mettre en place de telles interventions, cela afin d'avoir les outils nécessaire, d'être préparée à faire face à des patients qui peuvent avoir de lourds passés et, si tel est le cas, savoir les diriger vers des spécialistes au besoin.

En Suisse, les interventions utilisant la réminiscence sont marginales et peu documentées. Il existe principalement des travaux autour des personnes âgées démentes. Il n'en reste pas moins, qu'en sortant de la dimension thérapeutique que propose la réminiscence, l'histoire de vie des personnes âgées, de façon plus générale, est une thématique qui intéresse. Il y a par ailleurs depuis 2009, un CAS (*Certificat of Advanced Studies*) qui est donné à l'Université de Fribourg et qui est ouvert aux travailleurs sociaux, aux historiens, y compris aux infirmières. Le but visé par les recueilleurs et recueilleuses de récit de vie est "que le narrateur, par la production de son récit, soit en capacité de produire du sens et du savoir. Dès lors, l'histoire de vie est pensée comme art formateur de l'existence" (Université de Fribourg, 2016). Le recueil de récit de vie vise à ce que la personne se relie à sa propre histoire, qu'elle lui trouve du sens et même qu'elle puisse la transmettre à ses proches. Il n'y a pas de but thérapeutique, bien qu'un mieux-être émerge, selon les recueilleurs (C. Schmutz-Brun, communication personnelle [Conversation téléphonique], 7 juin 2016).

Selon Serdaly Morgan (2005),

"Récolter des histoires de vie est une pratique courante au sein des EMS qui répond au désir légitime de mieux connaître et faire connaître le ou la résident(e). Une pratique qui a pris de l'ampleur durant ces dernières années, avec la reconnaissance du fait que l'EMS est bien le domicile légal de la personne et l'affirmation corollaire qu'il est un lieu de vie, avant tout et malgré tout" (p. 3)

Le but étant pour les soignants de connaître quelques éléments chronologiques de la vie des résidents, afin de redonner une identité à ces personnes ne pouvant parfois plus se définir seules (Anchisi, 2008) et ainsi adapter les prestations (Serdaly Morgan, 2005). En cas de troubles cognitifs ou de la parole, c'est une manière de faire un relais entre la famille, porteuse de l'histoire de son parent, et les soignants, nouvel environnement du parent. Il en reste pas moins que l'histoire de la personne sera composée par ce qu'elle ou sa famille aura bien voulu partager et ce que les soignants ont retenu. L'histoire de vie récoltée est donc seulement un fragment de l'histoire personnelle.

En Suisse romande, plusieurs institutions essayent de structurer ces recueils d'histoire de vie. Comme le dit Daniel Pône²³ “souvent, par manque de connaissance ou d'outil, les soignants se protègent en étiquetant les résidents. L'approche bibliographie est un soin relationnel dans lequel la personne âgée retrouve son identité [...] la démarche est exigeante mais fondamentale” (p. 7, cité dans Nicole, 2010a). Le fait de connaître des éléments de la vie d'une personne âgée, peut permettre à l'infirmière de mettre en place des interventions personnalisées. De plus, des bénéfices sont aussi rapportés pour l'équipe soignante. Il y a une sensation de valorisation du travail effectué qui émerge par l'humanisation des soins prodigués (Binder, et al., 2009 ; Pône cité dans Nicole).

Malheureusement, les personnes qui défendent l'importance du récit de vie se confrontent à un manque de reconnaissance et aux difficultés quant au financement de ces démarches (Schmutz-Brun, 2010, cité dans Nicole, 2010b ; Serdaly Morgan, 2005). La cause pourrait être l'absence de recherche sur les bienfaits qu'apportent le recueil de récit de vie.

Lors d'un entretien, Catherine Schmutz-Brun nous a fait part du fait que les infirmières ayant suivi la formation de recueilleur de récit de vie font principalement du bénévolat ou du travail sur mandat, par exemple pour des journaux d'EMS lors d'occasions spéciales. Toutefois, depuis peu, une de ces infirmière travaillant dans une maison de retraite, a réussi à obtenir, pour la première fois en Suisse, un pourcentage de travail en lien avec le recueil de l'histoire de vie de la personne âgée (C. Schmutz-Brun, communication personnelle [Conversation téléphonique], 7 juin 2016). Ces diverses interventions montrent que les choses évoluent gentiment à ce niveau dans notre pays.

Finalement, en élargissant la réflexion non seulement sur les bienfaits de la réminiscence, mais aussi sur d'autres approches biographiques tels que le recueil d'histoire de vie, il apparaît qu'il serait intéressant de concilier des aspects de chacune de ces pratiques. En tirant des éléments des deux bases théoriques, de la réminiscence et du récit de soi, les infirmières pourraient renforcer leur pratique et trouver d'avantage de reconnaissance. Toutefois, il ne faut pas oublier que la démarche de recueillir des éléments de vie de la personne fait partie des compétences propres à l'infirmière. En favorisant le récit,

²³ Daniel Pône est un infirmier qui a travaillé en psychiatrie et en psychogériatrie. C'est un praticien formateur depuis 20 ans et enseigne dans le cadre de formation continue a des infirmiers et des travailleurs sociaux, un cours nommé : “et si vous faisiez connaissance d'un résident autour de leur histoire” (Nicole, 2010a).

elle va connaître davantage la personne et pouvoir mettre en œuvre un plan de soins plus individualisé. Cela pour dire que même si le CAS offre des meilleures connaissances et des outils pour cette pratique, ce n'est pas cela qui la légitime davantage.

5. Conclusion

Le but de ce travail était de répondre à la question de recherche “Chez la personne âgée présentant des symptômes dépressifs légers, l'utilisation de la réminiscence par l'infirmière peut-elle avoir un impact positif dans le recouvrement de sa santé psychique?”. Cette démarche a permis de mettre en évidence l'existence de nombreux travaux sur ce sujet, bien qu'ils soient peu connus en Suisse.

Le nombre de personnes âgées va augmenter ces prochaines décennies et la problématique de la dépression dans cette population risque de prendre de l'ampleur. Les pistes qu'apportent la réminiscence pour favoriser une meilleure santé psychique peuvent être des ouvertures pour l'amélioration des soins aux personnes âgées. En effet, bien que les études analysées comportent des limites, les résultats sont non-négligeables. Au terme de ce travail, il peut être dit que la réminiscence semble réellement avoir un effet favorable sur le recouvrement de la santé psychique. En effet, les sept études montrent toutes des effets favorables que ce soit grâce à la réminiscence structurée ou de la rétrospective de vie. La *Story Theory* et les travaux autour du récit appuient également les bienfaits de “se raconter”.

Le cadre théorique infirmier de Liehr et Smith a également permis un éclairage par rapport à la place de l'infirmière dans le travail autour du récit de la personne âgée. L'infirmière a un rôle central dans l'intérêt qu'elle porte aux personnes dont elle s'occupe, en favorisant leur récit et en renforçant leur identité momentanément fragilisée.

Liste de références

- Achenbaum, A. (2014). Robert N. Butler, MD (January 21, 1927 – July 4, 2010) : Visionary Leader. *The Gerontologist*, 54(1), 6-12. doi : 10.1093/geront/gnt015
- Afonso, R. M., Bueno, B., Loureiro, M.-J., & Pereira, H. (2011). Reminiscence, psychological well-being, and ego integrity in Portuguese elderly people. *Educational Gerontology*, 37(12), 1063–1080. doi : 10.1080/03601277.2010.500585
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^{ème} éd.). Virginia, USA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Manuel Diagnostique et statistiques des troubles mentaux* (5^{ème} éd., version française). Traduction française par M.-A. Crocq et al., Paris, France : Elsevier Masson.
- Anchisi, A. (2008). De parent à résident : le passage en maison de retraite médicalisée. *Retraite et Société*, 53(1), 168-182. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2008-1-page-167.htm>
- Approche Centrée sur la Personne : Pratique et Recherche. (2016). *Les caractéristiques d'une approche centrée sur la personne*. Représenté à <http://www.acp-pr.org/caracteristiques.html>
- Art. 46 du règlement vaudois sur l'exercice des professions de la santé du 26 janvier 2011 (= REPS ; RSV 811.01.1)
- Baer, N., Schuler, D., Füglistner-Dousse, S., & Moreau-Grue, F. (2013). *La dépression dans la population suisse: Données concernant l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socioprofessionnelle*. Repéré à http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_56_rapport.pdf
- Binder, B., Mastel-Smith, B., Hersch, G., Symes, L., Malecha, A., & McFarlane, J. (2009). Community-Dwelling, Older Women's Perspectives on Therapeutic Life Review: A Qualitative Analysis. *Mental Health Nursing*, 30(5), 288–294. doi: 10.1080/01612840902753885
- Bohlmeijer, E., Smit, F., & Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(12), 1088–1094. doi: 10.1002/gps.1018
- Bonneville, S. (2014). « Je me souviens... » - Histoire de vie et boîte à souvenirs en EHPAD. Repéré à <http://www.rhonealpes.mutualite.fr/Pages-transverses/La-prevention-et-la-promotion-de-la-sante/Je-me-souviens-Histoire-de-vie-et-boite-a-souvenirs-en-EHPAD>
- Bourdieu, P. (1982). *Ce que parler veut dire : l'économie des échanges linguistiques*. Paris, France : Fayard.

- Bourlot, G. (2010). La théorie freudienne du récit: la narration et ses enjeux spécifiques pour la psychanalyse. *Oxymoron, 1*. Repéré à <http://revel.unice.fr/oxymoron/index.html?id=3141>
- Burnside, I., & Haight, B. K. (1992). Reminiscence and life review : analysing each concept. *Journal of Advanced Nursing, 17*, 855-862.
- Camus, V., Schmitt, L., Ousset, & Micas, M. (1995). Dépression et démence : contribution à la validation française de deux échelles de dépression : «Cornell Scale for Depression in Dementia» et «Dementia Mood Assessment Scale». *Encéphale, 21*, 201-208.
- Cappeliez, P. (2009). Fonctions des réminiscences et dépression. *Gérontologie et société, 130*(3), 171-186. doi : 10.3917/gs.130.0171
- Caradec, V. (2009). L'expérience sociale du vieillissement. *Idées économiques et sociales, 3*(157), 38-45. doi : 10.3917/idee.157.0038
- Caradec, V. (2015). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris, France : Armand Colin.
- Caza, N. (2013). Se souvenir pour mieux vieillir. *Geriatric et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement, 11*(1), 82-86. doi:10.1684/pnv.2013.0388
- Cohen-Scali, V., & Guichard, J. (2008). L'identité : perspectives développementales. *Identités & Orientations, 37*(3), 321-345. doi: 10.4000/osp.1716
- Cohen-Scali, V., & Moliner, P. (2008). Représentations sociales et identité : des relations complexes et multiples. *L'orientation scolaire et professionnelle, 37*(4), 465-482. doi : 10.4000/osp.1770
- Coopman, A.-L., & Janssen, C. (2010). La narration de soi en groupe : le récit comme tissage du lien social. *Cahiers de psychologie clinique, 1*(34), 119-134. doi : 10.3917/cpc.034.011
- Cours de psychologie. (2013). *La comparaison sociale (Festinger)*. Repéré à <http://www.cours-de-psychologie.fr/comparaison.html>
- Dominicé, P. (2003). *L'histoire de vie comme processus de formation* (2^{ème} éd.). Paris, France : Editions L'Harmattan.
- Eriskson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. P. (2012). *Modeling and role modelling Theory*. Repéré à http://nursingplanet.com/theory/modeling_and_role-modeling_theory.html
- Flückiger, I. (2011) *Dictionnaire suisse de politique sociale : intervention psychosociale*. Repéré à <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=448>
- Forsman, A. K., Nordmyr, J., & Wahlbeck, K. (2011). Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promotion International, 26*(1), i85-i107. doi: 10.1093/heapro/dar074
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (2^{ème} éd.). Montréal, Canada: Chenelière éducation.

- Guilley, E., Armi, F. & Ghisletta, P. (2008). Indépendance, fragilité et dépendance : trois statuts de santé. Dans C. Lalive d'Epinay & D. Spini. *Les années fragiles : la vie au-delà de quatre-vingts ans* (pp. 101-122). Québec, Canada : Les presses de l'Université de Laval.
- Goffman, E. (1984). *Asiles : Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris, France : Editions de minuit.
- Haight, B. K., Michel, Y., & Hendrix, S. (2000). The Extended Effects Of The Life Review In Nursing Home Residents. *International Journal of Aging and Human Development*, 50(2), 151-168.
- Housden, S. (2009). The use of reminiscence in the prevention and treatment of depression in older people living in care homes: A literature review. *Groupwork*, 19(2), 28-45. doi: 10.1921/095182410X490296
- Jones, E. D. (2003). Reminiscence Therapy For Older Women with Depression : Effects of Nursing Intervention Classification in Assisted-Living Long-Term Care. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(7), 26-33. doi :10.3928/0098-9134-20030701-07
- Korte, J., Drossaert, C. H. C., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2014). Life review in groups? An explorative analysis of social processes that facilitate or hinder the effectiveness of life review. *Aging & Mental Health*, 18(3), 376–384. doi: 10.1080/13607863.2013.837140
- Korte, J., Bohlmeijer, E. T. & Smit, F. (2009). Prevention of depression and anxiety in later life: design of a randomized controlled trial for the clinical and economic evaluation of a life-review intervention. *BioMed Central Public Health*, 9(250). doi: 10.1186/1471-2458-9-250
- Lacoste, L., & Trivalle, C. (2005). Echelles d'évaluation de la dépression en consultation gériatrique. *Neurologie - Psychiatrie – Gériatrie*, 5, 44-51. Repéré à <http://gerontoprevention.free.fr/articles/depression.pdf>
- Lalive d'Epinay, C., & Cavalli, S. (2013). *Le quatrième âge de la vie ou la dernière étape de la vie*. Lausanne, Suisse : Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Lalive d'Epinay, C., & Spini, D. (2008). *Les années fragiles : la vie au-delà de quatre-vingts ans*. Québec, Canada : Les presses de l'université Laval.
- Larousse. (2016). *Dictionnaire de français*. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
- Laudy D., Durand, G., Duplantie, A., & Laroche, Y. (2001). *Histoire de l'éthique médicale et infirmière. Contexte socioculturel et scientifique*. Montréal, Canada : la presse des universités Montréal.
- Leblanc, J. (2016). *La dysthymie (ou troubles dysthymiques)*. Repéré à <http://www.revivre.org/depression/>

- Liehr, R., & Smith M., J. (2008). Story Theory. Dans R. Liehr & M. J. Smith, *Middle Range Theory for Nursing* (2^{ème} éd., pp. 205-224). New York, USA : Springer Publishing Company.
- Linternaute.com. (2016). *Dictionnaire français*. Repéré à <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr>
- Lleshi, V., & Bizzozzero, T. (2009). La dépression du sujet âgé. *Revue médicale Suisse*, 216, 1785-1789. Repéré à <http://www.revmed.ch/rms/2009/RMS-216/La-depression-du-sujet-age>
- Maillard, C., Antoine, P., & Billet, C. (2012). Effets de la rétrospective de vie sur la détresse psychologique et le bien-être subjectif de personnes âgées institutionnalisées - étude pilote. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 22(4), 151-160. doi : 10.1016/j.jtcc.2012.07.007
- Maillard, S. (2013). La psychothérapie fait partie des traitements les plus efficaces du monde médical. Repéré à <http://www.planetesante.ch/Magazine/Medicaments-examens-et-traitements/Psychotherapie-et-autres-traitements/La-psychotherapie-fait-partie-des-traitements-les-plus-efficaces-du-monde-medical>
- Mezred, D., Petigenet, V., Fort, I., Blaison, C., & Gana, K. (2006). La réminiscence : concept, fonctions et mesures. Adaptation française de la Reminiscence Functions Scale. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 71(3), 3-14. doi : 10.3917/cips.071.0003
- Michel, J.-P. (2002). La fragilité est-elle inéluctable avec l'avance en âge ? Dans *Vulnérabilité et vieillissement : comment le s prévenir, les retarder ou les maîtriser ?* (pp. 132-136). Repéré à <http://www.institut-servier.com/download/vv/14.pdf>
- Naegle, M. A. (2011). Detecting and screening for depression in older adults. *American Nurse Today*, 6(11), 18-20. Repéré à http://www.medscape.com/viewarticle/754175_1
- Nicole, A.-M. (2010a, Février). L'approche biographique dans l'accompagnement des personnes âgées en EMS : Le lien nécessaire entre passé et présent. *Curaviva*, 2(10), 6-11. Repéré à http://www.curaviva.ch/files/P01AFMT/10_06-Le-travail-biographique-dans-laccompagnement-des-personnes-agees-en-EMS.pdf
- Nicole, A.-M. (2010b, Février). Le recueil des histoires de vie : «L'histoire de vie, c'est l'histoire d'une rencontre». *Curaviva*, 2(10), 12-15. Repéré à http://www.curaviva.ch/files/OSPO5ZI/10_06-La-pratique-des-histoires-de-vie-connait-un-essor-regulier.pdf
- Nicoulin, M., Manuila, L., Lewalle, P., & Papo, T. (2004). *Dictionnaire médical Manuila* (10^{ème} éd.). Paris, France: Elsevier Masson.
- Monod-Zorzi, S., Seematter-Bagnoud, L., Büla, C., Pellegrini, S., & Jaccard Ruedin, H. (2007). *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées : données épidémiologiques et économiques de la littérature*. Repéré à <http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/ad25.pdf>

- Office Fédéral de la Statistique. (2014a). *État et structure de la population – Indicateurs : Ages aperçu*. Repéré à <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/key/alter/gesamt.html>
- Office Fédéral de la Statistique. (2014b). *Santé de la population – Données, Indicateurs : Santé psychique*. Repéré à <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/01/key/01/04.html>
- Office Fédéral de la Statistique. (2015). *Prestataires de services et personnels de santé – Analyses : Etablissements médico-sociaux*. Repéré à <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/02/dos/01.html>
- Office Fédéral de la Statistique. (2016). *Données démographiques principales – Les signes du changement : Regards sur l'évolution de la population depuis 1950*. Repéré à <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/dienstleistungen/forumschule/them/02/01.html>
- Organisation mondiale de la santé. (2015). *Thèmes de santé : Vieillesse*. Repéré à <http://www.who.int/topics/ageing/fr/>
- Organisation mondiale de la santé. (2016a). *La dépression : aide-mémoire n°369*. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/>
- Organisation mondiale de la santé. (2016b). *Faits marquants sur le vieillissement*. Repéré à <http://www.who.int/ageing/about/facts/fr/>
- Oris, M., & Remund, A. (2012). Les conditions socioéconomiques et culturelles du vieillissement en Suisse. *Sécurité sociale*, 4, 203-209.
- Orofiamma, R. (2002). *Le travail de la narration dans le récit de vie*. Repéré à <http://www.barbier-rd.nom.fr/narrationorofiamma.PDF>
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^{ème} éd.). Montréal, Canada : Chenelière Education Inc.
- Pinquart, M., & Forstmeier, S. (2011). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16(5), 541–558. doi: 10.1080/13607863.2011.651434
- Preschla, B., Maerckera, A., Wagnerb, B., Forstmeiera, S., Banoscd, R. M., Alcanize, M., Castillaf, D., ... Botelladf, C. (2012). Life-review therapy with computer supplements for depression in the elderly: a randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 16(8), 964–974. doi: 10.1080/13607863.2012.702726.
- Riessman, F. (1965). The "Helper" Therapy Principle. *Social Work*, 10(2), 27-32. Repéré à <http://www.jstor.org/stable/23708219>

- Rodda, J., Walker, Z., & Carter, J. (2011). Depression in older adults. *British Medical Journal*. doi: 10.1136/bmj.d5219.
- Royal College of Psychiatrists. (2005). *Improving the outcome for older people admitted to the general hospital: Guidelines for the development of Liaison Mental Health Services for older people*. Repéré à <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/whocareswins.pdf>
- Schmid Botkine, C., & Rausa-de Luca, F. (2007). *Vieillesse démographique et adaptations sociales*. Repéré à www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/22/publ.Document.113900.pdf
- Sensagent.com. (2016). *Dictionnaire*. Repéré à <http://www.sensagent.com/>
- Serdaly Morgan, C. (2005, mars). Récits de vie : consolider et valoriser les pratiques. *Fegems*, 3-6. Repéré à http://www.fegems.ch/doc/pdf/Antenne17_dossier.pdf
- Stinson, C.-K. (2009). Structured Group Reminiscence: an Intervention for Older Adults. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(11), 521-528. doi: 10.3928/00220124-20091023-10
- Stinson, C.-K., Young, E.-A., Kirk, E., & Walker, R. (2010). Use of a structured reminiscence protocol to decrease depression in older women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(8), 665-673. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01556.x.
- Talpin, J.-M. (2013). *Psychologie du vieillissement normal et pathologique*. Paris, France : Armand Colin.
- Thierry, X. (1999). Risques de mortalité et de surmortalité au cours des dix premières années de veuvage. *Population*, 54(2), 177-204. Repéré à http://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1999_num_54_2_6992
- The University of Iowa - The College of Nursing. (2016). *CNC - Overview: Nursing Interventions Classification (NIC)*. Repéré à <http://www.nursing.uiowa.edu/cnce/nursing-interventions-classification-overview>
- Thomas, H. (2013). Assessing and managing depression in older people. *Nursing Times*, 109(43), 16-18. Repéré à <https://www.nursingtimes.net/download?ac=1272110>
- Université de Fribourg. (2016). *Certificat de formation continue : Certificat de recueilleurs et recueilleuses de récits de vie*. Repéré à http://arrv.ch/wp-content/uploads/2015/09/Brochure_CAS-r%C3%A9cits-de-vie_vol%C3%A95.pdf
- Vézina, J., Cappeliez, P., & Landreville, P. (2013). *Psychologie gérontologique* (3 me  d). Lyon, France : Chronique sociale.

- Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie* (2^{ème} éd). Saint-Louis, Canada : EPRI.
- Webster, J.-D., Bohlmeijer, E.-T., & Westerhof, G.-J. (2010). Mapping the Future of Reminiscence : A Conceptual Guide for Research and Practice. *Research on Aging*, 32(4), 527-564. doi : 10.1177/0164027510364122
- Wikipédia. (2015a). *Hans Selye*. Repéré à https://fr.wikipedia.org/wiki/Hans_Selye
- Wikipédia. (2015b). *Théories des besoins et des motivations*. Repéré à https://fr.wikipedia.org/wiki/Th%C3%A9ories_des_besoins_et_des_motivations
- Wikipédia. (2016). *Psychologie du développement*. Repéré à https://fr.wikipedia.org/wiki/Psychologie_du_d%C3%A9veloppement#Les_mod.C3.A8les_du_d.C3.A9veloppement_de_l.27intelligence_et_du_raisonnement_par_Piaget_et_les_n.C3.A9o-piag.C3.A9tiens
- Yesavage, A., Brink, T.-L., Rose, T.-L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Lierer, W.-O. (1983). Development and validation of the geriatric depression screening scale : A preliminary report. *Journal of Pyschatric Reseaech*, 17, 37-49.

Annexes

- **Annexe I : DSM-V, 2013, Troubles dépressifs persistants (dysthymie), p.197**
- **Annexe II : *GDS (Geriatric depression scale)* 30 items**
- **Annexe III: *GDS (Geriatric depression scale)* 15 items**
- **Annexe IV: *GDS (Geriatric depression scale)* 4 items**
- **Annexe V: Echelle de Cornell**
- **Annexe VI: Critères de sélection CINHAL (11.12.2015)**
- **Annexe VII: *LREF - Haight's Life Review and Experiencing Form***
- **Annexe VIII: *Stinson's protocol for structured reminiscence***

ANNEXE I :

DSM-V, 2013, Troubles dépressifs persistants (dysthymie), p.197

A. Humeur dépressive présente pendant la plus part de la journée, pendant la majorité des jours pendant au moins 2 ans, comme cela est rapporté par le sujet ou l'entourage.

Note : Chez l'enfant et l'adolescent, l'humeur peut être irritable et la durée doit être supérieure à 1 an.

B. Lorsque le sujet est déprimé, il doit présenter 2 (ou plus) des éléments suivants :

1. Perte de l'appétit ou hyperphagie
2. Insomnie ou hypersomnie
3. Baisse de l'énergie ou fatigue
4. Faible estime de soi
5. Difficultés de concentration ou difficulté à prendre des décisions
6. Sentiment de désespoir

C. Durant la période de 2 ans (1 an pour les adolescents) de perturbation de l'humeur, le sujet n'a jamais eu de périodes de plus de 2 mois consécutifs sans présenter les symptômes des critères A et B.

D. Les critères d'un épisode dépressif majeur (EDM) peuvent être présents de façon continue depuis 2 ans.

E. La personne n'a jamais présenté d'épisode de manie ou d'hypomanie et ne remplit pas non plus les critères d'un trouble cyclothymique.

F. Le trouble n'est pas mieux expliqué par un trouble schizo-affectif persistant, une schizophrénie, un trouble délirant, ou un autre trouble du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques spécifié ou non spécifié.

G. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une drogue ou un médicament), ou à une autre pathologie médicale (p.ex. hypothyroïdisme).

H. Les symptômes sont à l'origine d'une souffrance significative ou d'une déficience dans les domaines sociaux, professionnels ou un autre champ de fonctionnement important.

ANNEXE II

Annexe II : GDS (Geriatric depression scale) 30 items

Échelle d'auto-évaluation de l'humeur

GDS, Geriatric Depression Scale, de T.L. Brink et J.A. Yesavage

Nom et Prénom

Date

Âge

Sexe

01 - Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	oui	non	*
02 - Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?	oui	non	*
03 - Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui	non	*
04 - Vous ennuyez-vous souvent ?	oui	non	*
05 - Envisagez-vous l'avenir avec optimisme ?	oui	non	*
06 - Êtes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse ?	oui	non	*
07 - Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	oui	non	*
08 - Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir ?	oui	non	*
09 - Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ?	oui	non	*
10 - Avez-vous souvent besoin d'aide dans vos activités ?	oui	non	*
11 - Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place ?	oui	non	*
12 - Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir ?	oui	non	*
13 - L'avenir vous inquiète-t-il ?	oui	non	*
14 - Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	oui	non	*
15 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	oui	non	*
16 - Avez-vous souvent le cœur dur ?	oui	non	*
17 - Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile ?	oui	non	*
18 - Ressassez-vous beaucoup le passé ?	oui	non	*
19 - Trouvez-vous que la vie est passionnante ?	oui	non	*
20 - Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets ?	oui	non	*
21 - Avez-vous beaucoup d'énergie ?	oui	non	*
22 - Désespérez-vous de votre situation présente ?	oui	non	*
23 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre, que les autres ont plus de chance que vous ?	oui	non	*
24 - Êtes-vous souvent irrité(e) par des détails ?	oui	non	*
25 - Éprouvez-vous souvent le besoin de pleurer ?	oui	non	*
26 - Avez-vous du mal à vous concentrer ?	oui	non	*
27 - Êtes-vous content(e) de vous lever le matin ?	oui	non	*
28 - Refusez-vous souvent les activités proposées ?	oui	non	*
29 - Vous est-il facile de prendre des décisions ?	oui	non	*
30 - Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois ?	oui	non	*
Total		+	

* Attribuer un point quand la case près de l'astérisque est cochée et faire la somme.

Score

Si le score est :

- entre 15 et 22 on conclut à une dépression légère ;
- quand il dépasse 22 il peut s'agir d'une dépression sévère.

ANNEXE III

Annexe III: GDS (Geriatric depression scale) 15 items

GERIATRIC DEPRESSION SCALE A 15 ITEMS

GDS - 15	Compter 1 point si :
Etes-vous satisfait de votre vie ?	Non
Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?	Oui
Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	Oui
Vous ennuyez-vous souvent ?	Oui
Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	Non
Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?	Oui
Etes-vous heureux la plupart du temps	Non
Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ?	Oui
Préférez-vous rester seul dans votre chambre / chez vous plutôt que de sortir ?	Oui
Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	Oui
Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	Non
Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ?	Oui
Avez-vous beaucoup d'énergie ?	Non
Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ?	Oui
Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ?	Oui
Score	/15

<http://www.wikimedecine.fr>

ANNEXE IV

Annexe IV: GDS (*Geriatric depression scale*) 4 items

- | | |
|--|------------------|
| 1. Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste ? | oui = 1, non = 0 |
| 2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? | oui = 1, non = 0 |
| 3. Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ? | oui = 0, non = 1 |
| 4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? | oui = 1, non = 0 |

Cotation

Si score total égal ou supérieur à 1, forte probabilité de dépression

Si score total = 0, forte probabilité d'absence de dépression

ANNEXE V

Annexe V: Echelle de Cornell

Echelle d'évaluation de l'humeur : Echelle de Cornell				
L'échelle de Cornell permet de rechercher une dépression chez les patients présentant une démence. En effet la maladie d'Alzheimer et les autres démences peuvent s'accompagner de dépression. Système de notation : a = impossible à évaluer ; 0 = absent ; 1 = modéré ou intermittent ; 2 = sévère.				
A - Troubles de l'humeur				
1 - Anxiété : Expression anxieuse, inquiétude	a	0	1	2
2 - Tristesse : Expression triste, voix triste, au bord des larmes				
3 - Manque de réaction aux événements plaisants				
4 - Irritabilité : Facilement irrité, facilement en colère				
B - Troubles du comportement				
5 - Agitation : Impatience, mouvements de frottement des mains				
6 - Ralentissement moteur : Mouvements ralentis, discours ralenti, lenteur des réactions				
7 - Plaintes fonctionnelles multiples (coter 0 en présence de symptômes gastro-intestinaux exclusifs)				
8 - Perte d'intérêt : Moins impliqué dans les activités habituelles (coter seulement si un changement brutal est intervenu depuis au moins un mois)				
C - Signes physiques				
9 - Diminution de l'appétit : S'alimente moins que d'habitude				
10 - Perte de poids : (coter 2 si perte supérieure à 2 kg en un mois)				
11 - Manque d'énergie : Se fatigue facilement, incapable de soutenir une activité (coter seulement si un changement brutal est intervenu depuis au moins un mois)				
D - Modification des rythmes				
12 - Variations de l'humeur dans la journée : Symptômes plus intenses le matin				
13 - Difficultés d'endormissement : Endormissement plus tardif que d'habitude				
14 - Nombreux réveils nocturnes				
15 - Réveil matinal précoce : Réveil plus tôt que d'habitude				
E - Troubles idéatoires				
16 - Suicide : Sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, désir de suicide, tentative de suicide				
17 - Auto-dépréciation : Auto-accusation, diminution de l'estime de soi, sentiment d'échec				
18 - Pessimisme : S'attend au pire				
19 - Délire congruent à l'humeur : Incurabilité, ruine				
Score total en l'absence de "a"				

ANNEXE VI

Annexe VI: Critères de sélection CINHAL (11.12.2015)

<i>Social identification moderates cognitive health and well-being following story- and song-based reminiscence.</i>	Non	HS / Song-reminiscence
<i>A program of positive intervention in the elderly: memories, gratitude and forgiveness.</i>	Non	Concepts différents de notre problématique
<i>Life review in groups? An explorative analysis of social processes that facilitate or hinder the effectiveness of life review.</i>	Oui	Qualitatif-Répond à la question de recherche
<i>Auto Therapy: Using Automobiles as Vehicles for Reminiscence With Older Adults.</i>	Non	Trop spécifique car centré sur l'automobile
<i>Influence reminiscence therapy on quality of life patients in the long-term hospital.</i>	Non	Démence
<i>Cognitive behavioural therapy for older adults with depression: a review.</i>	Non	TCC
<i>Effect of integrative reminiscence therapy on depression, well-being, integrity, self-esteem, and life satisfaction in older adults.</i>	Non	Semble répondre à la question de recherche, mais trop spécifique.
<i>Acceptability of the Components of a Loneliness Intervention Among Elderly Dutch People: A Qualitative Study.</i>	Non	HS - Prévention de la solitude
<i>Qualities of the Participant Experience in an Object-Based Museum Outreach Program to Retirement Communities.</i>	Non	HS - Spécifique au musée
<i>The Efficacy of Treatment Reminders of Life with Emphasis on Integrative Reminiscence on Self-Esteem and Anxiety in Widowed Old Men.</i>	Non	Iran
<i>The Efficacy of Life-Review as Online-Guided Self-help for Adults: A Randomized Trial.</i>	Non	Online + adulte
<i>Life-review therapy with computer supplements for depression in the elderly: A randomized controlled trial.</i>	Non	Computer
<i>Effect of Life Review Writing on Depressive Symptoms in Older Adults: A Randomized Controlled Trial.</i>	Non	Writing
<i>Multisensory Installations in Residential Aged-Care Facilities.</i>	Non	HS effet d'un jardin d'intérieur
<i>Reminiscence and adaptation to critical life events in older adults with mild to moderate depressive symptoms..</i>	Non	Maladie chroniques
<i>Use of a structured reminiscence protocol to decrease depression in older women.</i>	Oui	Répond à la question de recherche
<i>Improvement in personal meaning mediates the effects of a life review intervention on depressive symptoms in a randomized controlled trial.</i>	Non	Trop spécifique. Combinaison de thérapie.
<i>The interaction of family background and personal education on depressive symptoms in later life.</i>	Non	HS
<i>Community-dwelling, older women's perspectives on Therapeutic Life Review: a qualitative analysis.</i>	Oui	
<i>Promoting positive student clinical experiences with older adults through use of group reminiscence therapy.</i>	Non	centré sur les étudiants
<i>Meet the real elders: reminiscence links past and present.</i>	Non	Taiwan
<i>The effects of integrative reminiscence on meaning in life: results of a quasi-experimental study.</i>	Non	Trop spécifique. Combinaison de thérapie.
<i>The feasibility of home care workers delivering an intervention to decrease depression among home-dwelling, older women: a qualitative analysis.</i>	Non	Conclusion éventuellement. Centré sur les soignants
<i>Geropsychiatry. Improving depressive symptoms in community-dwelling older adults.</i>	Non	Writing
<i>Testing therapeutic life review offered by home care workers to decrease depression among home-dwelling older women.</i>	Oui	Quasi expérimental... Répond à la question
<i>Structured reminiscence: an intervention to decrease depression and increase self-transcendence in older women.</i>	Non	Ne répond pas directement à la question de recherche → auto-transcendance

<i>Psychosocial benefits of solitary reminiscence writing: an exploratory study.</i>	Non	Writing
<i>Functions of reminiscence and mental health in later life.</i>	Non	Trop général. Troubles psychiatriques
<i>Reminiscence, Psychological Well-Being, and Ego Integrity in Portuguese Elderly</i>	Oui	OK
<i>Towards a web 2.0 based software for the design and the facilitation of cognitive stimulation workshops.</i>	Non	Webased
<i>Psychosocial Interventions for the Prevention of Depression in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis.</i>	Non	Systématique – méta-analyse
<i>Life review therapy as an intervention to manage depression and enhance life satisfaction in individuals with right hemisphere cerebral vascular accidents.</i>	Non	AVC
<i>The effect of reminiscence on the elderly population: a systematic review.</i>	Non	Revue systématique
<i>Reminiscence therapy for older women with depression: effects of Nursing Intervention Classification in assisted-living long-term care.</i>	Oui	
<i>Overcoming Barriers to Conducting an Intervention Study of Depression in an Older African American Population.</i>	Non	Population trop spécifique
<i>The Content of Older Adults' Autobiographical Memories Predicts the Beneficial Outcomes of Reminiscence Group Participation.</i>	Non	HS
<i>Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults.</i>	Non	Trop général
<i>The effects of integrative reminiscence on depressive symptoms in older African Americans.</i>	Non	Population trop spécifique
<i>Looking back, looking forward: reflections on using a life history review tool with older people.</i>	Non	Trop spécifique, écriture...
<i>Physical, affective, and behavioral effects of group reminiscence on depressed institutionalized elders in Taiwan.</i>	Non	Taiwan
<i>Use of the acute confusion protocol: a research utilization project.</i>	Non	ECA
<i>One-week Short-Term Life Review interview can improve spiritual well-being of terminally ill cancer patients.</i>	Non	Cancer
<i>Individual art therapy for elderly clients.</i>	Non	Art-thérapie
<i>Depression and anxiety.</i>	Non	Trop général
<i>Does negative mood influence self-report assessment of individual and relational measures? An experimental analysis.</i>	Non	Adultes de tout âge
<i>The effects of a reminiscence education program on Baccalaureate Nursing students' cultural self-efficacy in caring for elders.</i>	Non	Étudiants
<i>Psychotherapy in long-term care: a review.</i>	Non	Trop général
<i>Patterns of use of complementary therapies among cancer patients and their family caregivers.</i>	Non	cancer
<i>Infantilization as elder mistreatment: evidence from five adult day centers.</i>	Non	HS
<i>Using reminiscence group members' family slogans and epitaphs to enhance their planning abilities: a case study.</i>	Non	HS
<i>Transmissive reminiscence therapy with college students and institutionalized senior adults.</i>	Non	HS trop étudiant
<i>Effect of reminiscence therapy on depression in older adults: a systematic review.</i>	Non	Revue systématique
<i>The effects of a reminiscence education program on BSN students' cultural self-efficacy in caring for elders.</i>	Non	Etudiants

ANNEXE VII

Annexe VII: LREF - Haight's Life Review and Experiencing Form

Childhood:

1. What is the very first thing you can remember in your life? Go as far back as you can.
2. What other things can you remember about when you were very young?
3. What was life like for you as a child?
4. What were your parents like? What were their weaknesses, strengths?
5. Did you have any brothers or sisters? Tell me what each was like.
6. Did someone close to you die when you were growing up?
7. Did someone important to you go away?
8. Do you ever remember being very sick?
9. Do you remember having an accident?
10. Do you remember being in a very dangerous situation?
11. Was there anything that was important to you that was lost or destroyed?
12. Was church a large part of your life?
13. Did you enjoy being a boy/girl?

Adolescence:

1. When you think about yourself and your life as a teenager, what is the first thing you can remember about that time?
2. What other things stand out in your memory about being a teenager?
3. Who were the important people for you? Tell me about them. Parents, brothers, sisters, friends, teachers, those you were especially close to, those you admired, those you wanted to be like.
4. Did you attend church and youth groups?
5. Did you go to school? What was the meaning for you?
6. Did you work during these years?
7. Tell me of any hardships you experienced at this time.
8. Do you remember feeling that there wasn't enough food or necessities of life as a child or adolescent?
9. Do you remember feeling left alone, abandoned, not having enough love or care as a child or adolescent?
10. What were the pleasant things about your adolescence?
11. What was the most unpleasant thing about your adolescence?
12. All things considered, would you say you were happy or unhappy as a teenager?
13. Do you remember your first attraction to another person?
14. How did you feel about sexual activities and your own sexual identity?

Family and home

1. How did your parents get along?
2. How did other people in your home get along?
3. What was the atmosphere in your home?
4. Were you punished as a child? For what? Who did the punishing? Who was the "boss"?
5. When you wanted something from your parents, how did you go about getting it?
6. What kind of person did your parents like the most? The least?
7. Who were you closest to in your family?
8. Who in your family were you most like? In what way?

Adulthood:

1. *What place did religion play in your life?*
2. *Now I'd like to talk to you about your life as an adult, starting when you were in your twenties up to today. Tell me of the most important events that happened in your adulthood.*
3. *What was life like for you in your twenties and thirties?*
4. *What kind of person were you? What did you enjoy?*
5. *Tell me about your work. Did you enjoy your work? Did you earn an adequate living?*
6. *Did you work hard during those years? Were you appreciated?*
7. *Did you form significant relationships with other people?*
8. *Did you marry?*
 - a. (yes) *What kind of person was your spouse?*
 - b. (no) *Why not?*
9. *Do you think marriages get better or worse over time? Were you married more than once?*
10. *On the whole, would you say you had a happy or unhappy marriage?*
11. *Was sexual intimacy important to you?*
12. *What were some of the main difficulties you encountered during your adult years?*
 - a. *Did someone close to you die? Go away?*
 - b. *Were you ever sick? Have an accident?*
 - c. *Did you move often? Change jobs?*
 - d. *Did you ever feel alone? Abandoned?*
 - e. *Did you ever feel need?*

Summary:

1. *On the whole, what kind of life do you think you've had?*
2. *If everything were to be the same would you like to live your life over again?*
3. *If you were going to live your life over again, what would you change? Leave unchanged?*
4. *We've been talking about your life for quite some time now. Let's discuss your over all feelings and ideas about your life. What would you say the main satisfactions in your life have been? Try for three. Why were they satisfying?*
5. *Everyone has had disappointments. What have been the main disappointments in your life?*
6. *What was the hardest thing you had to face in your life? Please describe it.*
7. *What was the happiest period of our life? What about it made it the happiest period? Why is your life less happy now?*
8. *What was the unhappiest period of your life? Why is your life more happy now?*
9. *What was the proudest moment in your life?*
10. *If you could stay the same age all your life, what age would you choose? Why?*
11. *How do you think you've made out in life? Better or worse than what you hoped for?*
12. *Let's talk a little about you as you are now. What are the best things about the age you are now?*
13. *What are the worse things about being the age you are now?*
14. *What are the most important things to you in your life today?*
15. *What do you hope will happen to you as you grow older?*
16. *What do you fear will happen to you as you grow older?*
17. *Have you enjoyed participating in this review of your life?*

Note: Derived from new questions and two unpublished dissertations:

- Gorney, J. (1968). *Experiencing and Age: Patterns of Reminiscence Among the Elderly*. (Unpublished Doctoral Dissertation, University of Chicago).
 - Falk, J. (1969). *The Organization of Remember Life Experience of Older People: It's Relation to Anticipated Stress, to Subsequent Adaptation and to Age*. (Unpublished Doctoral Dissertation, University of Chicago).
- 1982, Barbara K. Haight, RNC, Dr. PH, Professor of Nursing, College of Nursing, Medical University of South Carolina, Charleston, SC, 29425-2404.

ANNEXE VIII

Annexe VIII: *Stinson's protocol for structured reminiscence*

STINSON'S PROTOCOL FOR STRUCTURED REMINISCENCE	
Week	Themes/Activities
Week 1	
Session 1	Introduction of leaders and members. Concentrate on personal background. Encourage members to bring a picture of an animal or a stuffed animal that represents them. Have them introduce themselves and tell why the animal reminds them of themselves. Have extra stuffed animals available.
Session 2	Remembering the past through songs from the 1920s to 1960s. Play different songs in chronological order. See if members recognize songs, and discuss any special memories associated with the songs. Have members talk about a song that might have special meaning to them and explain why it has special meaning. Encourage clapping and singing.
Week 2	
Session 3	Sharing photographs. Have a show-and-tell session of personal memorabilia. Give members time to explain the attachment associated with pictures. Discuss families. Discuss friends. Talk about fun times.
Session 4	Discussing work/home life or volunteer activities/first job. Pass around picture cards showing specific occupations. Discuss children/volunteer activities from the 1920s to 1960s. Specifically ask questions to get people to talk about "paths not taken." Encourage participants to bring memorabilia from their career or occupation (badges, pictures, etc.).
Week 3	
Session 5	Remembering a favorite holiday. Discuss holidays. Bring scents and cues associated with the past. Sing songs about holidays. Talk about foods associated with holidays. Talk about clothes worn on holidays. Talk about traditions associated with holidays.
Session 6	Remembering school days. Discuss the first day of school. Have participants talk about school days. Show pictures of schools from the 1920s to 1960s. Discuss teachers and clothing styles.
Week 4	
Session 7	Remembering toys from childhood. Bring toys from the past. Discuss first toys. Discuss unusual toys. Discuss favorite toys. Discuss toys made at home. Show pictures of toys.

Session 8	Remember first date/spouse/wedding/marriage. Discuss first dates. Discuss proposals. Discuss weddings. Discuss marriages. Play songs from the past. Show a short clip of an old movie that includes "courting." Have members bring wedding pictures.
Week 5	
Session 9	Remembering family/pets. Discuss children, pets, and family. Encourage members to show pictures of their family and pets.
Session 10	Remembering foods. Discuss favorite foods of childhood, favorite foods at holidays, and favorite smells. Discuss recipes. Have participants bring recipes and discuss memories associated with recipes.
Week 6	
Session 11	Remembering friends. Talk about friends. Encourage participants to bring pictures of friends. Describe the friends in the pictures. Discuss fun times with friends. Discuss fun memories. Discuss friends in the assisted living facility.
Session 12	Closure. Have participants talk about their experiences in the group. Share any last thoughts about the topics discussed previously. Serve refreshments. Give certificates.

Note. Data from Burnside, 1993; Haight, 1992; Hamilton, 1992; Harrand & Bollstetter, 2000; Jones, 2003; Jones & Beck-Little, 2002; Stinson, 2007; Stinson & Kirk, 2006.