

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
AMELINE DUPONT

ÉVALUATION DES ENJEUX DÉPRESSIFS CHEZ LES FEMMES ÂGÉES

SEPTEMBRE 2015

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cet essai de 3^e cycle a été dirigé par :

Suzanne Léveillé, Ph.D., directrice de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation de l'essai :

Suzanne Léveillé, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Micheline Dubé, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Serge Sultan, Ph.D.

Université de Montréal

Sommaire

Concernant l'épisode dépressif majeur, la principale différence entre le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) IV-TR (APA, 2003) et 5 (APA, 2013) repose sur l'exclusion du critère E dans la dernière version :

Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptôme psychotique ou d'un ralentissement psychomoteur. (APA, 2003. p. 412)

Or, le fonctionnement psychique acquis à l'âge adulte est mis à mal lors du vieillissement notamment par les deuils et les pertes multiples inévitables. Ainsi, le risque d'épisode dépressif (selon le DSM-5, 2013) est accru avec des conséquences néfastes comme l'isolement, la perte d'autonomie, les passages à l'acte suicidaire, le syndrome de glissement entraînant un décès prématuré (Vézina, Cappeliez, & Landreville, 2007). L'épisode dépressif majeur est le trouble de santé mentale le plus fréquent chez les aînés qui est souvent sous-évalué en raison de la non-spécificité des critères diagnostiques pour les personnes âgées (Clément, Nubukpo, & Bonin-Guillaume, 2010). À partir de trois études de cas, l'objectif de cette étude exploratoire est de mieux comprendre les processus intrapsychiques présents au cours de la dépression chez des femmes âgées sans trouble cognitif et en bonne santé physique. Trois axes sont développés : les fragilités narcissiques, l'impact sur les relations d'objet et les capacités de mentalisation. Les participantes sont soumises à plusieurs tests : le *Mini Mental State Evaluation* (MMSE) pour s'assurer qu'elles ne présentent pas de déficit cognitif, le *Beck Depression Inventory II* (BDI-II) afin d'évaluer le niveau de

dépression, le répertoire des événements de vie (ELQUEV) pour mesurer les événements vécus positivement ou négativement au cours de la dernière année et enfin, le test de Rorschach pour répondre à l'objectif de la recherche. En effet, le test du Rorschach permet de mettre en lumière les problématiques et les processus intrapsychiques du sujet âgé tout en respectant ses mécanismes de défense. Les résultats révèlent trois profils différents malgré un indice de dépression similaire. Une participante présente des douleurs physiques importantes qui se traduisent psychiquement par des projections mortifères. Une autre participante se dévalorise et apparaît très défensive face au test de Rorschach. Enfin, la dernière participante se situe dans une forme de déni, fuite antidépressive avec des processus d'idéalisation. Le test de Rorschach permet ainsi de cerner les particularités de chacune des participantes. Plus précisément, l'analyse de ces résultats indique que les trois participantes présentent des fragilités narcissiques qui s'expriment sous différentes formes telles qu'une image de soi négative, une tendance à la dévalorisation ou encore un repli sur soi. Pour les trois participantes, cette vulnérabilité narcissique s'exprime dans les relations aux autres par un besoin important de soutien et d'étayage ainsi qu'une sensibilité à la séparation. Enfin, les capacités de mentalisation sont également diversifiées pour les trois participantes qui présentent différents niveaux d'élaboration psychique de l'affect et de représentation des pulsions.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux.....	ix
Remerciements	x
Introduction.....	1
Contexte théorique	5
Aspects psychodynamiques du vieillissement.....	6
Effet du temps sur la personnalité.....	6
Traits de personnalité, troubles de personnalité et vieillissement	7
Crise existentielle et identitaire ou processus progressif?	11
Structures de personnalité et vieillissement.....	14
Effet du temps sur le fonctionnement psychique.....	17
Pulsions et angoisses liées au vieillissement.	17
Définitions : pulsions, angoisse et mécanismes de défense selon Laplanche et Pontalis (1967)	17
Pulsions et vieillissement : organisation et devenir	19
Les différents types d'angoisse liée au vieillissement	20
Relation d'objet et narcissisme du sujet vieillissant.	22
Définitions : relation d'objet et narcissisme	22
Devenir du narcissisme et des relations d'objet	23
Vieillesse et dépression	25
Pertes, deuils et affect dépressif chez le sujet âgé	26

Élaboration de la perte	26
Le travail du deuil	27
Spécificité de la dépression chez le sujet âgé	29
Origines.....	29
Influence de la personnalité.....	30
Symptomatologie clinique	31
Les différents types de dépression chez les aînés	33
Dépression masquée	33
La somatisation, l’hypocondrie et le syndrome de glissement	35
La somatisation.....	35
L’hypocondrie.....	36
Le syndrome de glissement	38
Vieillesse et dépression au travers du test de Rorschach.....	39
Intérêt du Rorschach auprès des aînés	40
Utilisation du Rorschach pour évaluer les symptômes dépressifs.....	41
Indicateurs en clinique adulte	41
Indicateurs chez les personnes âgées	43
Évolution des recherches	44
Objectif	50
Méthode.....	51
Description des participantes	52
Recrutement	54

Sélection des participantes	56
Instruments de mesure	57
Mini Mental State Evaluation (MMSE).....	57
Beck Depression Inventory II (BDI-II).....	58
Répertoire des évènements de vie (ELQUEV)	58
Test de Rorschach	59
Déroulement.....	61
Résultats	63
Réduction des données.....	64
Fragilités narcissiques.....	65
Relations d'objet	67
Affects et capacités de mentalisation	68
Présentations des résultats.....	73
Premier cas clinique : Mme A	74
Présentation de la participante et événement de vie	74
Fragilités narcissiques.....	76
Relations d'objet	76
Affects et capacités de mentalisation.....	77
Deuxième cas clinique : Mme L	78
Présentation de la participante et événement de vie	78
Fragilités narcissiques.....	79
Relations d'objet	81

Affects et capacités de mentalisation.....	82
Troisième cas clinique : Mme C	83
Présentation de la participante et événement de vie	83
Fragilités narcissiques.....	85
Relations d'objet	87
Affects et capacités de mentalisation.....	88
Différences et similitudes	89
Discussion	94
Discussion des résultats obtenus.....	95
Profil des participantes.....	96
Synthèse de l'analyse des trois cas	100
Retombées cliniques de la recherche	104
Forces et limites de la recherche	106
Conclusion	108
Références.....	110
Appendice A. Certificat éthique.....	117
Appendice B. Formulaires de consentement.....	119
Appendice C. Verbatim et résumés formels	124

Liste des tableaux

Tableau

1	Caractéristiques sociodémographiques des participantes.....	53
2	État de santé des participantes.....	54
3	Résultats au BDI-II et au MMSE	74
4	Indicateurs des fragilités narcissiques	90
5	Indicateurs des relations d'objet.....	91

Remerciements

L'auteure remercie Mme Sylvie Lapierre¹, Mme Micheline Dubé² et leur équipe pour leur précieuse collaboration à cette étude. L'auteure est reconnaissante envers les trois participantes qui ont accepté de se livrer à la passation des tests volontairement et qui ont partagé leurs difficultés, inquiétudes et vulnérabilités. L'auteur remercie également sa directrice, Mme Suzanne Léveillé³ pour sa présence, ses précieux conseils ainsi que la richesse de son expérience et de ses connaissances tant en clinique qu'en recherche. Enfin, l'auteure exprime sa gratitude à ses proches qui l'ont soutenue tout au long de ce processus.

¹ Mme Sylvie Lapierre (Ph.D.), professeure au Département de psychologie, UQTR.

² Mme Micheline Dubé (Ph.D.), professeure associée au Département de psychologie, UQTR.

³ Mme Suzanne Léveillé (Ph.D.), professeure au Département de psychologie, UQTR.

Introduction

Selon le DSM-IV-TR (APA, 2003), l'épisode dépressif majeur se caractérise par une humeur dépressive ou une perte d'intérêt pour les activités habituelles durant au moins deux semaines. De plus, quatre autres symptômes supplémentaires doivent être présents parmi les suivants : changement au niveau de l'appétit ou du poids, changement au niveau du sommeil, fatigue ou réduction de l'énergie, idées de dévalorisation ou de culpabilité excessive, difficultés à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions, agitation ou ralentissement psychomoteur, idées de mort et idéations suicidaires. Enfin, une atteinte du fonctionnement global de l'individu est présente avec une souffrance significative. Pour ce trouble de l'humeur, la principale différence entre le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-IV-TR (APA, 2003) et le DSM-5 (APA, 2013) repose sur l'exclusion du critère E dans la dernière version :

Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptôme psychotique ou d'un ralentissement psychomoteur. (APA, 2003, p. 412)

Les travaux de Corruble (2013) réalisés à partir de trois études comparatives montrent que la symptomatologie dépressive selon les critères du DSM-IV-TR (APA, 2003) est plus sévère suite à un deuil. Les résultats de cette recherche montrent également qu'il n'y a pas de différence significative en termes d'évolution du trouble entre le groupe présentant une dépression majeure sans deuil et celui avec deuil. Ces

résultats justifient l'exclusion du critère du deuil dans le DSM-5 (APA, 2013). Or, le fonctionnement psychique acquis à l'âge adulte est mis à mal lors du vieillissement notamment par les deuils et les pertes multiples inévitables. Ainsi, le risque d'épisode dépressif (selon le DSM-5, APA, 2013) est accru avec des conséquences néfastes comme l'isolement, la perte d'autonomie, les passages à l'acte suicidaire, le syndrome de glissement entraînant un décès prématuré (Vézina et al., 2007).

D'une part, l'épisode dépressif majeur est le trouble de santé mentale le plus fréquent chez les aînés qui est souvent sous-évalué en raison de la non-spécificité des critères diagnostiques aux personnes âgées (Clément et al., 2010). D'autre part, Verdon (2012) présente le vieillissement comme une expérience dans la continuité de l'enfance, l'adolescence et la vie adulte avec un travail psychique inévitable qui apporte un risque de complication, répétition, stagnation ou régression en cohérence avec le fonctionnement du sujet vieillissant.

À partir de trois études de cas, l'objectif de notre étude exploratoire est de mieux comprendre les processus intrapsychiques présents au cours de la dépression chez des femmes âgées sans trouble cognitif et en bonne santé physique. Ainsi, trois axes d'analyse issus de la recension des écrits (située dans la section du contexte théorique) sont développés : l'atteinte narcissique, l'impact sur les relations d'objet et les capacités de mentalisation (élaboration mentale de l'affect et représentation des pulsions).

La première section, le contexte théorique de l'essai, débute par une présentation des enjeux psychodynamiques du vieillissement à partir du point de vue de plusieurs auteurs. Il se poursuit par la description de la dépression avec ses spécificités chez les personnes âgées. Puis, le contexte théorique se termine par l'exploration du vieillissement et de la dépression au travers du test de Rorschach. La seconde section de cet essai porte sur la méthode utilisée pour réaliser cette recherche et la troisième section présente les résultats. Enfin, la quatrième section termine ce travail par l'interprétation des résultats et la discussion.

Contexte théorique

Le contexte théorique présente plusieurs courants théoriques et empiriques en lien avec le sujet de recherche : évaluation des enjeux dépressifs chez les femmes âgées. Ce chapitre se divise en trois sections. La première aborde l'effet du temps sur la personnalité et le fonctionnement psychique. La deuxième section présente l'effet des pertes et deuils sur le fonctionnement psychique et les affects dépressifs ainsi que la spécificité de la dépression chez les aînés. Finalement, la troisième section précise l'intérêt du test du Rorschach auprès des aînés, son utilisation pour évaluer les symptômes dépressifs et enfin, l'évolution des recherches à ce sujet afin de situer la présente recherche.

Aspects psychodynamiques du vieillissement

Effet du temps sur la personnalité

Le temps est une conception complexe pour le psychisme. Freud souligne que les processus inconscients sont atemporels, seul le conscient est rattaché au temps (Freud 1912, cité dans Verdon, 2012). En effet, le vieillissement corporel, inévitable, va influencer le vieillissement psychique de différentes manières selon chaque individu. Ce vieillissement peut alors provoquer une crise existentielle, identitaire, des remaniements psychiques et une remise en question en profondeur du sujet; car « Vieillir est surtout une expérience éminemment subjective qui problématise avec force la rencontre en

chacun de la réalité externe et de sa réalité psychique » (Verdon, 2012, p. 27). La première section porte sur l'évolution des traits et des troubles de personnalité selon l'effet du temps qui est abordé selon la nomenclature du DSM-IV-TR (APA, 2003) afin de débiter cette section sur une base universelle. Les deux sections suivantes abordent les aspects psychodynamiques du vieillissement. Dans un premier temps, la notion de crise existentielle et identitaire du vieillissement est explorée selon le point de vue de plusieurs auteurs. Dans un second temps, l'effet du temps sur l'organisation structurale de la personnalité du sujet vieillissant est présenté.

Traits de personnalité, troubles de personnalité et vieillissement. On peut se demander ce qu'il advient des traits et des troubles de personnalité lors du vieillissement? En se basant sur la nosographie du DSM-IV-TR (APA, 2003), Clément (2010) propose de mieux comprendre les effets du temps sur des troubles de personnalités déjà existant.

Dans la littérature, il n'y a pas ou peu d'études longitudinales permettant d'établir clairement des changements dans la personnalité au cours du vieillissement. Cela vient, d'une part, du fait que de telles études seraient très longues et d'autre part, des difficultés d'évaluation de cette population (mortalité, instruments non adaptés aux spécificités du grand âge, manque de consensus sur les diagnostics, normalité versus pathologie). Clément (2010) remarque qu'aucune étude validée à ce jour n'a mis en évidence des modifications franches dans le fonctionnement de la personnalité avec l'avancée en âge. Cependant, suite à une accumulation de pertes (exemple : physiques, du statut et du rôle

social, de proches, etc.), l'auteur confirme qu'une instabilité émotionnelle et des mouvements régressifs ou conversifs peuvent apparaître chez des sujets fragilisés (c'est-à-dire émotionnellement instables, avec une mauvaise estime de soi et/ou un faible support social).

De plus, il est difficile de déterminer si un trouble de la personnalité diagnostiqué chez un sujet âgé est réellement lié au vieillissement ou était déjà présent auparavant. Concernant les troubles de personnalité vieillissants, Clément (2010) utilise la classification en trois clusters de personnalité A, B et C du DSM-IV-TR (2003) pour mettre en avant les éventuels effets du temps sur ces troubles préexistants dont en voici une synthèse dans les prochains paragraphes.

Dans le cluster A, on retrouve la personnalité paranoïaque, la personnalité schizoïde et la personnalité schizotypique. En vieillissant, la personnalité paranoïaque pourrait rester dans le dépit, l'amertume et l'incompréhension. Selon l'auteur, cela pourrait engendrer des réactions dépressives tardives. Les affects de la personnalité schizoïde, reste dans l'indifférence et la froideur. L'isolement social pourrait s'aggraver en vieillissant et favoriser des délires tardifs. Cette personnalité pourrait alors évoluer soit vers une schizophrénie tardive soit vers un délire tardif (non dissociatif). Et enfin, la personnalité schizotypique deviendrait moins excentrique et bizarre. Il y aurait moins de distorsions cognitives. Cependant, l'isolement social s'amplifierait et des sentiments de

persécution pourraient apparaître même tardivement. Cette dernière personnalité aurait également un risque d'évoluer vers une schizophrénie tardive.

Dans le cluster B, on retrouve la personnalité antisociale, la personnalité état limite, la personnalité histrionique et la personnalité narcissique. La première présenterait un taux de mortalité précoce plus élevé. La personnalité antisociale s'apaiserait avec le développement de traits histrionique et paranoïaque permettant au sujet de vieillir au côté d'une personne protectrice. Dans d'autres cas, une désocialisation avec un risque de dépendance à l'alcool et à l'itinérance est probable. Concernant le vieillissement de la personnalité état limite, l'auteur avance que l'autoagressivité diminue ainsi que l'instabilité affective. La personne bénéficierait d'un meilleur fonctionnement global au cours du troisième âge. Cependant, ces individus resteraient encore très vulnérables aux pertes. Ils pourraient alors présenter davantage de décompensations sur le plan organique. La personnalité histrionique garderait une tendance aux passages à l'acte (dont le suicide), aux conversions, aux somatisations et aux épisodes dépressifs chroniques. Les comportements de séduction moins efficaces avec l'avancée en âge se transformeraient en hostilité et colère. Cette personnalité essaierait d'effacer le vieillissement notamment dans la sphère comportementale. Ainsi, avec un manque d'acceptation des effets du vieillissement, cette personnalité serait plus encline à l'hypocondrie (notion développée ultérieurement). Enfin, la personnalité narcissique risque de présenter une pathologie dépressive surtout avec une confrontation brutale aux frustrations ou aux pertes. Face aux limitations physiques et/ou

intellectuelles, le risque de décompensation serait plus important. Au cours du vieillissement, ce type de personnalité peut également renforcer son trait autoritaire.

Dans le cluster C, on retrouve la personnalité évitante, la personnalité dépendante et la personnalité obsessionnelle. La première se trouverait dans une grande solitude affective, souvent célibataire. Elle serait à risque de développer une dépression et de l'hypocondrie. Avec un risque de surdiagnostic chez le sujet très âgé, la personnalité dépendante, plus à risque de décompenser lors du vieillissement, serait plus sensible aux séparations qui pourraient engendrer des affects dépressifs. L'évitement de prise de responsabilité serait également grandissant. Enfin, la personnalité obsessionnelle tend à la rigidité, à la ritualisation et au conformisme. L'apparition de collectionnisme et d'autoritarisme familial serait fréquente.

Ces informations donnent des indices de l'effet du temps sur les traits et troubles éventuels de la personnalité. Il faut cependant différencier les troubles de la personnalité selon le DSM-IV-TR (2003) de la notion de structure de personnalité en psychodynamique (présentée ci-après). Ces deux nosographies peuvent être perçues comme complémentaires. Elles nous permettent d'élargir notre point de vue et de mieux comprendre l'ensemble du processus de vieillissement auquel nous sommes finalement tous soumis avec ou sans pathologie.

Crise existentielle et identitaire ou processus progressif? La crise du vieillissement se situe au moment où les désirs se confrontent aux incapacités (Herfray, 2007). Ainsi, une différence entre ce que l'on veut et ce que l'on peut réaliser est à la source de conflits intrapsychiques importants. Cette crise peut être multiple et d'intensité variable en fonction de l'histoire de chaque individu. Elle peut révéler la personnalité du sujet qui va subir des pertes et des gains. Avec l'avancée en âge, il y a plus de pertes que de gains nécessitant inévitablement des remaniements des rapports objectaux et des identifications ainsi que des deuils (Herfray, 2007). Bergeret-Amselek (2009) parle également d'un remaniement identitaire plus ou moins douloureux qui se produirait en approchant des 70 ans avec un travail de deuil important.

Ainsi, la personne âgée va subir une crise due à un échec adaptatif lié à l'accumulation des pertes qui vont entraîner des modifications dans l'interaction avec le milieu extérieur (Cariou, 1995). Les pertes peuvent être de différents types notamment physiques (sensorielles, motrices), du statut social, de proche aboutissant à de multiples deuils. Les modifications corporelles propres aux sujets âgés peuvent être vécues comme une perte de repères et réveiller certains événements de vie jusque-là considérés comme anodins ou au contraire provoquer une perte de sens de choses jusque-là importantes aux yeux de la personne (Bergeret-Amselek, 2009). Les réflexions sur soi-même, ses valeurs, son histoire permettent ce remaniement identitaire avec un sentiment de continuité. Un processus d'adaptation et de remaniement de l'identité est ainsi à l'œuvre au cours du vieillissement (Cariou, 1995).

Dans le sens d'une crise identitaire, Bergeret (1982) indique que la crise du vieillissement serait comme une deuxième crise d'adolescence. Pour l'auteur, les remaniements des investissements narcissiques et objectaux (abordés plus en détail ultérieurement) ainsi que et la remise en question des intégrations antérieures à l'œuvre pendant la sénescence¹ sont comparables à ceux de l'adolescence. La problématique affective et relationnelle semble être conflictualisée de la même manière à ces deux temps de la vie, mais avec un mouvement pulsionnel inversé. Cette crise est nécessaire afin d'élaborer de nouveaux modes de fonctionnement en accord avec la réalité tant psychique que physique et aussi afin d'éviter les répétitions. Sinon l'individu risque de tourner en rond autour de préoccupations de plus en plus étroites et de se diriger vers une mort lente (Bergeret, 1982).

La crise d'identité présente deux issues possibles :

- Soit une issue positive avec la réussite de l'intégration permettant la formation d'une nouvelle identité aboutissant à un sentiment de bien-être (Bergeret, 1982). Cette issue va déboucher sur un nouvel équilibre harmonieux du rapport entre soi et l'autre (l'environnement) en conservant une continuité (Cariou, 1995);
- Soit une issue négative avec l'échec de la remise en question identificatoire générant une confusion d'identité [terme que Bergeret (1982) emprunte à la théorie d'Erikson] aboutissant à un repli social et à un risque de régression (d'où

¹ « État qui commence chez l'homme à la fin de l'âge adulte, à l'issue de la maturescence, avec l'involution des fonctions physiologiques et psychologiques conduisant au vieillissement » (Bloch, 2011, p. 834).

le fameux retomber en enfance). Le sujet risque alors un effondrement psychologique avec des conséquences graves sur la santé et une dépendance tant physique que psychologique (Cariou, 1995).

Selon un autre point de vue, le vieillissement psychique peut également être appréhendé comme un processus lent et progressif (Le Gouès, 2000). Il commencerait avec la crise de la mi-temps de la vie lorsque la diminution des performances (souvent physiques) du sujet lui fait prendre conscience de sa propre finitude mettant ainsi en péril le fantasme d'éternité. Le Gouès (2000) différencie quatre catégories :

- L'adulte vieillissant : débutant avec la crise du milieu de la vie jusqu'à la retraite;
- L'adulte vieux : de la retraite vers 80 ans, où le sujet va chercher à se réaliser à travers une activité de remplacement (ex : associatif, grands-parents...);
- Le vieillard : après 80 ans, fragilisé par des pertes (les capacités mentales et physiques fléchissent plus rapidement), où le sujet s'inscrit dans le présent et tente de préserver sa vie relationnelle (environ 80 % des sujets âgés);
- Le vieillard malade : également, après 80 ans, mais où le sujet souffre de handicap physique plus important (environ 20 % des sujets âgées).

Il y aurait un risque plus grand de dépression pour les deux dernières catégories (Le Gouès, 2000). Les différentes formes de dépressions chez les sujets âgés sont développées plus loin.

Que ce soit progressif ou sous forme de crise existentielle et identitaire, tous les auteurs s'accordent sur l'importance des pertes et des deuils nécessitant un processus d'adaptation. Ainsi les ressources psychiques du sujet âgé sont particulièrement sollicitées.

Structures de personnalité et vieillissement. En se basant sur la notion de structure décrite par Freud (1932) avec la célèbre métaphore du bloc de cristal¹, une fois son développement acquis (après l'adolescence), la structure de l'appareil psychique est immuable et stable. Le mode de fonctionnement de la structure peut varier à condition qu'il reste dans les limites imposées par cette même structure (Bergeret, 1982). Il peut donc y avoir des compensations ou décompensations du fonctionnement psychique de l'individu au sein de sa structure. L'appareil psychique peut être perçu comme un système qui évolue en fonction de ses interactions avec la réalité externe. Ces interactions peuvent être conflictuelles et engendrer des transformations et des différenciations (Cariou, 1995). Dans ce sens, Talpin (2005) décrit la crise de la sénescence, qui est grandement influencée par la perspective de la mort, comme une crise dans la structure, et non pas de la structure. Cette crise pousse à des modifications tant externes (sociales, corporelles) qu'internes (identité, symbolisation, deuils).

¹ Si un bloc de cristal tombe et se casse, il ne se brisera pas de n'importe quelle manière, mais selon des lignes de cassures prédéterminées à l'avance selon les fragilités du minéral acquises lors de sa formation qui se révèlent lors de ce choc. Freud (1932) explique ainsi la notion de structure de personnalité.

La structure ne change pas avec l'avancée en âge, par contre, les défenses, moins rigides que la structure, peuvent se modifier (Bianchi, 1987). Certains traits de personnalité peuvent s'estomper alors que d'autres deviendraient plus importants. Ainsi, avec le vieillissement, les syndromes anxieux et phobiques peuvent s'améliorer, les troubles obsessionnels peuvent s'atténuer, les conversions hystériques peuvent régresser, mais la structure reste constante (Bianchi, 1987). Par ailleurs, Péruchon (2002, 2005) rapporte une « dépsychisation » avec l'avancée en âge ainsi qu'une « usure » de l'appareil psychique et des limites intérieures/extérieures notamment pour expliquer les démences et les idées délirantes tardives chez des sujets névrotiques.

Talpin (2005) se questionne également sur le mode de fonctionnement psychique des personnes âgées qui présentent pour la première fois de leur vie des décompensations d'allure anaclitique ou psychotique (dépression avec discours de type abandonnique, délire de persécution, hallucinations). Dans sa clinique, l'auteur constate que trop souvent le diagnostic d'état limite (selon la conception de Bergeret par rapport à l'angoisse d'abandon marquée) est donné à des sujets âgés lors d'une entrée en institution. Ce diagnostic ne correspondrait pas au cheminement et au parcours de vie de ces sujets âgés en souffrance. Cet auteur propose plutôt que les compensations jusque-là utilisées ne tiennent plus du fait des atteintes liées au vieillissement et que les difficultés s'expriment sur un mode psychopathologique qui ne permet pas toujours de présumer de la structure de personnalité sous-jacente. Talpin précise que cette crise n'est souvent plus uniquement intrapsychique tant elle peut mobiliser l'entourage, l'environnement. Enfin,

s'il y a décompensation, celle-ci se fera selon des lignes de fractures prédéterminées ou latentes déjà présentes dans la structure et pas forcément visibles auparavant. Sinon, à l'issue de cette crise, il pourra y avoir un réaménagement interne dans la structure. Cet auteur propose alors un nouveau point de vue sur la structure du sujet vieillissant. Ayant observé l'importance du cadre (thérapeutique, institutionnel, familial...) dans sa clinique auprès de personnes âgées, il met en avant l'hypothèse novatrice qu'il n'y ait pas qu'une structure, mais plusieurs structurations psychiques en fonction des cadres dans lesquels l'individu évolue. « La prise en charge de sujets âgés nous conduit donc à affirmer que la structure du sujet est pluriel, qu'elle n'est pas qu'intrapsychique, mais aussi interpsychique dans ses modes de construction comme dans ses modes d'actualisation. » (Talpin, 2005, p. 21). Cet auteur apporte de nouvelles nuances sur la notion de structure bien qu'il ne fasse pas consensus.

En définitif, on peut comprendre que certains traits de personnalité dans une structure donnée tout comme certains mécanismes de défense vont davantage se développer ou s'exprimer selon les situations ou cadres auxquels la personne est confrontée. Ces traits pouvant être plus ou moins éloignés du noyau structural de base du sujet démontrant soit une certaine richesse et diversité du psychisme (forme d'adaptation) soit une régression plus archaïque (recours à des modes de fonctionnements antérieurs). Toutefois, ces aménagements permettent au sujet de continuer à fonctionner.

Effet du temps sur le fonctionnement psychique

Afin de mieux comprendre le fonctionnement psychique des sujets âgés, les notions de pulsions, d'angoisse, de relation d'objet et de narcissisme sont précisées dans cette section. Dans un premier temps, les notions de pulsions et d'angoisse (moteur du fonctionnement) ainsi que les mécanismes de défense qui en découlent sont expliqués en s'appuyant sur les définitions de Laplanche et Pontalis (1967). Ce rappel effectué, l'organisation et le devenir des pulsions avec l'avancé en âge ainsi que les différents types d'angoisse plus spécifiquement liés au vieillissement sont développés. Dans un second temps, les notions de relation d'objet et de narcissisme sont détaillées selon le même ordre soit un rappel avec des définitions puis la précision du devenir de ces concepts avec l'avancé en âge.

Pulsions et angoisses liées au vieillissement.

Définitions : pulsions, angoisse et mécanismes de défense selon Laplanche et Pontalis (1967). Les pulsions correspondent à un processus dynamique qui consiste en une poussée dotée d'énergie qui pousse au mouvement. Cette force fait tendre l'organisme vers un but. Il y a différents types de pulsions, les deux grandes catégories sont les pulsions de vie et les pulsions de mort. Les pulsions de vie comprennent les pulsions d'autoconservation et les pulsions sexuelles (aussi appelé libido) qui visent à maintenir ou perpétuer la vie. Elles se manifestent notamment dans les relations d'objet. Les pulsions de mort s'opposent aux pulsions de vie, elles tendent à la suppression de toutes tensions, au retour à l'inanimé. Dans un premier temps, les pulsions de mort

seraient orientées vers l'intérieur (menant à l'autodestruction). Puis, dans un second temps, elles seraient tournées vers l'extérieur notamment sous la forme de pulsions d'agressives.

La notion d'angoisse correspond à une réaction du sujet lorsqu'il se retrouve dans une situation où il est soumis à un flot trop important d'excitation (que ce soit externe ou interne) qu'il est incapable de contenir. L'angoisse deviendrait pathologique lorsqu'elle est associée à une souffrance ou si elle a des conséquences néfastes sur le fonctionnement global du sujet.

Enfin, on ne peut parler de pulsions et d'angoisse sans aborder les mécanismes de défense et la mentalisation qui sont, en quelque sorte, des processus servant à leur gestion. Les mécanismes de défense sont des processus inconscients qui servent à réduire ou supprimer les éléments susceptibles de mettre en danger l'intégrité de l'individu. Les défenses sont utilisées par le Moi pour se protéger lui-même notamment des pulsions. La définition de la mentalisation ne fait pas consensus selon les différents courants (français, anglais ou américain). Cependant, on peut la considérer comme une activité mentale qui transforme les pulsions, les angoisses et les affects en représentations mentales et symboles plus élaborés (De Tychey, 2012). Si la mentalisation fait défaut, il y a un risque de somatisation (expression par le corps), d'agir (acte), d'agressivité ou de dépression (Ranty, Machemy, & Nubukpo, 2010).

Pulsions et vieillissement : organisation et devenir. Verdon (2003a) évoque l'enchevêtrement des pulsions de vie et de mort chez les sujets âgés. Il qualifie cette intrication de fragile du fait de l'atteinte narcissique liée au vieillissement. Selon l'auteur, les remaniements des investissements pulsionnels lors du vieillissement favoriseraient un retrait des investissements objectaux au profit d'un repli narcissique.

Dans son étude, auprès de deux groupes de femmes (avant et après ménopause), Baudin (2005) confirme que les pulsions érotiques sont toujours présentes malgré l'avancée en âge. Les protocoles de Rorschach des femmes plus âgées présenteraient davantage de réactions de défenses face aux représentations corporelles de la jeunesse. Cette auteure remarque également qu'une triangulation œdipienne resterait constante quel que soit l'âge. Ainsi, au moment de la ménopause, les pulsions pourraient devenir trop intenses et fragiliser l'organisation psychique du sujet. Il ne parviendrait plus à gérer ce flot d'excitation telle que Freud (1937) l'explique déjà dans *Analyse sans fin* et *analyse avec fin*. Verdon (2009) confirme que le corps des sujets âgés peut encore être très investi par des mouvements pulsionnels. Ces pulsions s'exprimant sur le plan corporel peuvent, dans certains cas, donner lieu à des plaintes somatiques (développées ultérieurement).

Villa (2010), aborde le vieillissement comme une lutte entre pulsion de vie et pulsion de mort. Cette auteure mentionne que la mort n'est pas externe même si l'on a souvent tendance à lui attribuer (à tort) des causes externes (la maladie, l'âge...). Elle

suppose que la lutte de la vie et de la mort s'effectue à l'intérieur du sujet. Dès lors, le sujet ne subit pas le vieillissement, mais reste actif lors de son avancée en âge et vieillir rend compte de la capacité à rester en vie malgré cette lutte pulsionnelle. Les différentes formes de vieillissement s'inscrivent dans l'histoire singulière de chaque sujet et révèlent en partie leurs compétences à gérer les tensions et à maîtriser les exigences provenant de ces deux types de pulsions (pulsion de vie et pulsion de mort). La sublimation en serait la voie la plus évoluée. Ainsi, mourir ne serait pas la conséquence de vieillir, mais la mort résulterait de l'impossibilité de continuer à vieillir. La mort peut être vue comme l'arrêt du vieillissement et non son produit.

Les différents types d'angoisse liée au vieillissement. Winnicott (2000) évoque la crainte de l'effondrement présente chez certains de ses patients. Selon l'auteur, cette angoisse correspond au retour de la peur de perdre son unité, angoisse déjà vécue dans la petite enfance et responsable de l'organisation défensive de la personne. Cependant cette crainte passée n'aurait pas pu être éprouvée par le sujet à l'époque et donc pas suffisamment élaborée psychiquement, car le Moi était encore trop immature. Elle resurgirait dans certains contextes où le Moi serait menacé par un échec des mécanismes de défense comme cela peut être présent au moment de la crise du vieillissement. L'auteur différencie la crainte de la mort qui correspond à une crainte d'anéantissement et la crainte du vide qui provient d'une expérience de manque, que quelque chose ne s'est pas produit.

Toutefois, la perte, les pulsions et l'angoisse sont étroitement liées. Selon Le Gouès (2000), la perte de fonction, comme la séduction ou la puissance sexuelle, appartient au registre de la pulsion (libido). Si celle-ci n'est pas sublimée au travers d'activités créatrices permettant une autre forme de plaisir, elle risque de réveiller le complexe de castration. L'angoisse liée à l'organisation structurale de l'individu risque donc d'être réactivée par les pertes et traumatismes liés au vieillissement comme :

- l'angoisse de castration pour le névrotique reliée au sentiment d'impuissance face aux pertes et limitations tant physiques que psychiques;
- l'angoisse de perte et d'abandon pour l'état limite menaçant l'identité même du sujet;
- l'angoisse de morcellement ou d'anéantissement pour le psychotique.

Enfin, Charazac (2005) évoque l'angoisse du manque d'amour chez le sujet âgé. La perte de l'objet peut également causer la perte de l'amour reçu ou attendu de cet objet. De plus, les pertes vécues dans le présent rappellent des deuils plus anciens encore douloureux (comme celles de ses propres parents) qui peuvent susciter cette angoisse du manque d'amour. Le devenir du narcissisme du sujet vieillissant est ébranlé par les pertes de ces relations d'objet.

Plusieurs auteurs (Charazac, 2005; Le Gouès, 2000; Winnicott, 2000) proposent différents types d'angoisse liée au vieillissement : crainte d'effondrement et crainte de la mort, angoisse de castration, d'abandon ou de morcellement selon l'organisation

structurale du sujet ou encore angoisse de manque d'amour. Cependant, elles ont toutes en commun la notion de perte. Les problématiques du vieillissement sont donc davantage liées à l'angoisse de perte : perte des objets relationnels, perte d'autonomie tant physique que psychologique (prise de décision, jugement), perte de sa capacité de séduction et aux renoncements qu'elles entraînent. C'est ainsi que Verdon (2004) constate qu'un nombre important des patients venant consulter pour des problèmes de mémoire ne présentent ni troubles neurologiques ni démence. Il conclut que les plaintes mnésiques révèlent des angoisses liées à l'impuissance, au manque et à la passivité sans qu'il y ait nécessairement présence de dommages neurologiques ou d'une démence.

Relation d'objet et narcissisme du sujet vieillissant.

Définitions : relation d'objet et narcissisme. Le terme objet est à concevoir ici au sens de personne visée par des pulsions et investie par le sujet. Le terme relation est à comprendre comme une interrelation entre le sujet et l'autre. En effet, selon le point de vue de Mélanie Klein les objets eux-mêmes peuvent avoir des influences sur le sujet : ils rassurent ou persécutent et ils peuvent être « bon » ou « mauvais ». Le premier objet d'amour est représenté par la figure maternelle et cette relation constitue la première relation d'objet primaire. Ensuite, les relations d'objet évoluent et se construisent en fonction du développement et de l'organisation structurale du sujet (sa personnalité) (Bloch, 2011).

On ne peut développer le concept de relation d'objet sans expliquer celui de narcissisme. En effet, le narcissisme est en quelque sorte l'amour porté à soi (ou à l'image de soi-même) et il est déterminant dans le mode de relation que le sujet va développer envers les autres. Il existe deux types de narcissisme à différencier : le narcissisme primaire et le narcissisme secondaire. On peut considérer que le narcissisme primaire correspond à celui de l'enfant qui se prend lui-même comme objet d'amour en lien avec la notion de toute puissance. Il investit toute sa libido sur lui-même. Le narcissisme secondaire se construit progressivement, il est plus élaboré, tourné vers l'extérieur et les relations aux autres (Laplanche & Pontalis, 1967).

Devenir du narcissisme et des relations d'objet. Balier (1979, 1982) souligne l'importance de l'environnement (valorisant, soutenant) qui est primordiale pour maintenir une qualité satisfaisante du fonctionnement psychique malgré les pertes et deuils multiples auxquels les sujets vieillissants sont inévitablement confrontés. Selon lui, l'idéal du moi¹, en raison de la perspective de la mort et la réalisation d'un bilan de vie positif, se transformerait en un véritable réservoir narcissique pour le Moi qui devrait en quelque sorte non seulement préserver, mais alimenter l'estime de soi du sujet âgé.

¹ « Instance de la personnalité résultant de la convergence du narcissisme (idéalisation du moi) et des identifications aux parents, à leurs substituts et aux idéaux collectifs. » (Laplanche & Pontalis, 1967, p. 184).

Avec l'avancée en âge, une diminution des objets disponibles à l'attachement¹ et la perspective de la mort transformeraient le mode de relation d'objet. Bianchi (1989) émet l'hypothèse que l'attachement dans le sens relation d'objet se transforme des manières suivantes :

- Soit le Moi se détache des objets et fait le deuil de sa propre vie;
- Soit il y a dérivation de l'attachement sur un objet « impérissable » (substitution, idéalisation);
- Soit il constate le plus souvent un retour vers un mode d'attachement plus primaire (du début de la vie), car le Moi ne trouverait plus d'objets adéquats à investir.

Dans ce dernier cas, le repli sur soi pourrait se manifester par une rumination du passé, une idéalisation de l'enfance, un enfermement sur un monde fantasmatique, pouvant aller jusqu'à la démence (Bianchi, 1989). Un réaménagement est inévitable sinon, il y a un risque important que le sujet s'isole dans un repli narcissique et qu'il abandonne toute relation objectale cédant la place au retour du narcissisme primaire (Herfray, 2007).

¹ L'attachement primaire avec la figure maternelle constitue une base de sécurité interne plus ou moins développée pour la personne tout au long de sa vie. Ainsi l'attachement peut avoir des conséquences sur le développement de l'autonomie, du sentiment d'efficacité et de contrôle. Il correspond au lien affectif d'un individu avec un autre. (Bloch, 2011).

Enfin, la peur de dépendre d'autrui risque de réveiller des failles narcissiques anciennes (Verdon, 2006). Le vieillissement peut alors mettre à rude épreuve tant la relation d'objet que la sécurité interne du sujet qui présente des fragilités narcissiques.

Pour conclure, ce réaménagement serait douloureux, car il toucherait à l'identité même du sujet. Il réactiverait certaines angoisses et le narcissisme du sujet vieillissant serait ainsi mis à mal. D'où l'importance de porter une attention particulière aux manifestations dépressives qui peuvent en découler en clinique des sujets âgés. Nous constatons ici trois axes importants se définir : la notion de pulsions et angoisse (avec les capacités du sujet à les mentaliser ou non) liée aux notions de relations d'objet et de narcissisme qui sont particulièrement sollicités lors du vieillissement de par les inévitables pertes et deuils comme présentés ci-dessous. Ces trois principaux axes seront repris au travers des questions de recherche présentées à la fin du contexte théorique et utilisés pour l'analyse des résultats de la recherche.

Vieillesse et dépression

Comme nous l'avons vu précédemment, le fonctionnement psychique acquis à l'âge adulte est mis à mal lors du vieillissement notamment par les deuils et les pertes multiples. Ainsi, le risque de dépression (selon les critères diagnostiques du DSM-5, 2013) est accru avec des conséquences néfastes comme l'isolement, la perte d'autonomie, les idéations suicidaires, le syndrome de glissement entraînant un décès prématuré (Vézina et al., 2007). Dans cette section l'élaboration de la perte, le travail du

deuil et les affects dépressifs chez les sujets âgés sont abordés. Puis, des spécificités de la dépression chez les sujets âgés sont relevées (origine, influence de la personnalité, symptomatologie clinique) ainsi que les différents types de dépression chez le sujet vieillissant (dépression masquée, somatisation, hypocondrie, et syndrome de glissement).

Pertes, deuils et affect dépressif chez le sujet âgé

Élaboration de la perte. Ferrey et Le Gouès (2008) différencie trois types de pertes : la perte d'objet, la perte de fonction et la perte du Soi :

- La perte d'objet nécessite un travail de deuil pour se séparer de l'objet perdu. Les auteurs expliquent que plus l'association avec l'objet perdu a été longue, plus ce travail sera difficile (exemple d'un conjoint décédé avec qui la personne a partagé 50 ans de sa vie). Contrairement au point de vue de Cariou (1995) précisé auparavant, selon Ferrey et Le Gouès (2008), le travail de deuil sera même plus difficile comparativement à l'accumulation des pertes, car le niveau d'investissement et la profondeur de l'image de l'autre en soi seraient généralement plus grands que le nombre d'objets perdus;
- La perte de fonction fait référence aux pulsions. La diminution des capacités physiques diminue le fantasme de séduction, réveille le complexe de castration et vient ébranler le narcissisme du sujet vieillissant comme vue précédemment;
- La perte du Soi représente l'identification à sa propre perte, deuil de soi pour se préparer à finir sa vie et quitter ce monde.

Dans tous les cas, les pertes nécessitent un travail de deuil. Ce travail peut être souffrant, pénible, angoissant, mais inévitable. Il pousse la personne âgée à un retour sur soi, le confrontant à ses pulsions, ses angoisses et sa propre finitude (Verdon, 2008).

Le travail du deuil. Le deuil est une réaction par rapport à une perte affective significative pour le sujet et à des changements inéluctables non contrôlés (Thomas, Hazif-Thomas, Passat, & Pareaud, 2010). Le travail du deuil correspond à un « processus intrapsychique, consécutif à la perte d'un objet d'attachement, et par lequel le sujet réussit progressivement à se détacher de celui-ci » (Laplanche & Pontalis 1967, p. 504). La fin du deuil se caractérise par un réaménagement des investissements objectaux permettant à la personne de s'investir dans de nouvelles relations.

Une nouvelle perte peut relancer un travail de deuil précédent sous un autre angle en fonction de ce que l'objet perdu représentait dans l'inconscient du sujet et en fonction du niveau d'élaboration des deuils passés (Charazac, 2005). Ce cheminement offre alors au sujet l'occasion d'une nouvelle organisation ou d'un réaménagement psychique. Ce travail de deuil est inévitable et fait partie du vieillissement normal. Cependant, selon cet auteur, il peut se compliquer, rester bloqué ou générer une grande souffrance ne permettant pas au sujet de s'adapter à sa nouvelle condition.

Ce qui peut rendre le travail de deuil plus difficile avec l'avancé en âge est la multiplication ou l'accélération des pertes. Il se produirait alors une sorte

d'accumulation des deuils avec le risque qu'un phénomène que Cariou (1995) appelle saturation survienne d'autant plus que le sujet rencontre des difficultés à trouver de nouveaux objets à investir (restriction du réseau social, diminution des capacités physiques...).

Le deuil chez la personne âgée peut aussi avoir pour conséquence un changement de style et de qualité de vie non négligeable entraînant d'autres deuils en cascade, des changements de statut social et des remaniements identitaires (Thomas et al., 2010). Par exemple, suite au décès du conjoint, le sujet peut faire également face à une perte financière significative, une entrée en institution, etc.

Fasse, Flahault, Brédart, Dolbeault et Sultan (2012) constatent, dans leur études auprès de conjoints âgés de personne atteinte de cancer, que ces conjoints présentent une symptomatologie dépressive avant le deuil dont l'intensité augmenterait après le décès du partenaire. Selon ces auteurs, les sujets âgés constituent une population plus vulnérable psychiquement et à risque de développer des troubles psychopathologiques, et ce, davantage avant le décès du conjoint dont il serait important de tenir compte dans la prévention et l'accompagnement.

Enfin, Verdon (2012) précise que ce travail de deuil confronte la personne âgée à la reconnaissance de la perte et de la finitude. Dans sa clinique, l'auteur constate des réactions très différentes allant de la dépression, du retrait, à une lutte antidépressive

avec une certaine hyperactivité où les sujets cherchent à masquer les signes du vieillissement. Il explique que ce travail de deuil serait alors composé de renoncements, d'un certain lâcher-prise, de déplacement des investissements et d'une reconnaissance à la fois des limites et de la réalité. Ce travail serait certes confrontant, mais il permettrait un travail d'élaboration et de réaménagement selon le fonctionnement et les assises narcissiques du sujet. Comme vu précédemment, une forme de dépressivité est inévitable voire nécessaire au cours du vieillissement en raison des pertes, des renoncements, de la reconnaissance de la réalité et de ses propres limites (Verdon, 2012). Cependant, les capacités d'élaboration de la perte, les capacités de mentalisation des affects et des pulsions ainsi que le narcissisme du sujet âgé vont lui permettre de s'adapter plus ou moins au vieillissement et d'accepter certains renoncements.

Spécificité de la dépression chez le sujet âgé

Origines. Clément et al. (2010) définit la dépression (en tant que trouble de l'humeur) comme une réaction psychologique inadaptée de l'individu face à une situation mal tolérée. Selon l'auteur, la dépression est alors réactionnelle et dépend de la personnalité du sujet et des mécanismes de défense utilisés. Charazac (2005) met également l'accent sur l'histoire de vie du sujet âgé pour mieux comprendre son vécu et ainsi pouvoir l'accompagner dans son cheminement.

Selon le modèle psychodynamique, la différence entre les performances du sujet et les exigences de son idéal du Moi est à l'origine d'affect dépressif. Comme nous l'avons

vue précédemment, le risque de dépression en vieillissant est accru, car la personne âgée aura de plus en plus de difficultés à satisfaire son idéal du Moi ayant pour conséquence une diminution de l'estime de soi (Ferrey & Le Gouès, 2008). Ainsi, le narcissisme du sujet est mis à mal lors du vieillissement.

En effet, les pertes et deuils représentent des facteurs précipitant des dépressions à début tardif (Clément et al., 2010). Pour ses auteurs, la dépression peut également être vue comme un refus du deuil. Parallèlement, les capacités élevées d'adaptation, la résilience¹, le soutien social, l'activité physique, la religion, les événements de vie positifs (ex. : naissance), le sentiment d'efficacité personnelle et de maîtrise de l'environnement seraient des facteurs protecteurs chez les sujets âgés.

Influence de la personnalité. D'un point de vue psychodynamique, selon l'organisation structurale dominante, l'épreuve de la réalité et les pertes liées au vieillissement vont être vécues différemment. Voici quelques exemples selon Talpin (2005) :

- Pour l'organisation névrotique : il s'agit d'une situation où l'angoisse de castration risque d'être réactivée (la mort étant perçue comme la castration majeure). Cette angoisse déborderait les possibilités de régulation du Moi qui ne serait plus en étayé comme avant à cause des pertes d'objets successives;

¹ Définition : « La résilience est la capacité d'un écosystème ou d'une espèce à récupérer un fonctionnement ou un développement normal après avoir subi un traumatisme. » (Thomas et al., 2010).

- Pour l'organisation état limite : plus le besoin d'étayage externe est grand, plus il y a un risque de pathologie se traduisant par un vécu dépressif pouvant aller jusqu'au syndrome de glissement (présenté ultérieurement). De plus, comme les relations d'objet réellement investies sont restreintes et très idéalisées, le deuil en serait plus difficile;
- Pour l'organisation psychotique : l'appareil psychique pourrait présenter des difficultés à symboliser certaines pertes. Des symptômes délirants et hallucinatoires pourraient alors apparaître.

Symptomatologie clinique. La symptomatologie chez le sujet âgé serait marquée par un sentiment d'incapacité, d'inutilité et de vide intérieur (Ferrey & Le Gouès, 2008). Chez les sujets âgés, le diagnostic serait plus difficile, car ils ne se plaignent pas directement de dépression et il aurait même du mal à la reconnaître. Clément et al. (2010) expliquent cela par un certain émoussement affectif chez les sujets âgés. Ces auteurs constatent que les plaintes somatiques, l'irritabilité, le sentiment de ne pas pouvoir faire les choses correctement, la perte d'intérêt sont plus fréquents chez les sujets âgés que chez les sujets jeunes. Ils rapportent également davantage de délire, d'agitation, de perturbation de l'appétit, de plaintes relatives au sommeil et d'idées de culpabilité. Pour ces auteurs, la perte de l'estime de soi serait fréquente, en rapport avec une certaine conscience qu'aurait le sujet âgé de son incapacité à subvenir à certains de ses besoins et à sa sécurité. Le corps est souvent mis en avant, porte d'entrée pour une consultation médicale et utilisé pour livrer son mal-être.

Ainsi, Charazac (2011) propose un syndrome somatique de la dépression chez la personne âgée caractérisé par une triade : insomnie, anorexie, amaigrissement. L'insomnie se caractériserait par un réveil de plus en plus précoce et l'impression d'un sommeil non réparateur. L'anorexie est ici utilisée dans le sens d'une perte d'appétit associée à une perte de poids (amaigrissement). L'auteur précise que les sujets âgés auraient tendance à dissimuler ou rationaliser ses changements selon eux « normaux ». Cette triade se complèterait par un ralentissement pathologique caractérisé par une diminution de la motivation pour des activités habituellement plaisantes voir leur abandon, un manque de réactivité émotionnelle, une limitation de la mémoire, de l'attention et des fonctions exécutives. Il pourrait également y avoir d'autres manifestations comme des plaintes corporelles avec ou sans affection somatique associée et une diminution de la libido. Enfin, l'auteur souligne une des caractéristiques très spécifiques aux personnes âgées : les symptômes évoqués ci-dessus seraient plus important le matin avec une diminution voir un soulagement en fin de journée.

Les différents auteurs cités (Charazac, 2011; Clément et al., 2010; Ferrey & Le Gouès, 2008) reconnaissent qu'il est difficile de distinguer les plaintes somatiques liées au vieillissement sans dépression, des plaintes somatiques liées à une dépression masquée (développé dans la section suivante). Le lien de confiance et la comparaison avec le fonctionnement antérieur sont alors des éléments précieux afin que le clinicien puisse dépister un état dépressif chez la personne âgée encore trop souvent sous-évalué. Enfin, les auteurs s'accordent également pour constater l'importance encore actuelle des

fausses croyances populaires telle que la vieillesse est associée à un certain degré de tristesse normalisant la dépression chez le sujet âgé. Certains symptômes de la dépression sont alors attribués à tort au vieillissement normal (Clément et al., 2010). Cela aurait pour conséquence de limiter la reconnaissance de la souffrance et l'accès aux soins de cette population.

Les différents types de dépression chez les aînés

Dépression masquée. Verdon (2012) dénonce une forme sociétale de lutte antivieillesse dans la culture occidentale. Il constate une certaine hyperactivité ou le sujet âgé essaie par tous les moyens de masquer les effets du temps et de démontrer combien il est encore jeune, actif, capable, etc. Cependant, cette forme de déni et de non-acceptation des changements et des pertes risque d'avoir des conséquences néfastes à plus long terme. De plus, cet auteur remarque fréquemment dans sa pratique auprès des sujets âgés que dans la symptomatologie de la plainte mnésique peut se cacher une véritable lutte contre la dépression comme évoquée précédemment (angoisses liées à l'impuissance, au manque et à la passivité). Le diagnostic différentiel entre dépression et démence est alors important afin de traiter adéquatement la personne.

Clément et al. (2010) abordent la dépression chez les sujets âgés selon différents « masques » :

- Le masque somatique où les plaintes somatiques sont mises en avant avec un déni des affects dépressifs et une absence de tristesse;

- Le masque hypocondriaque où l'anxiété est ciblée sur le mauvais fonctionnement du corps;
- Le masque délirant où les idées de préjudice ou de persécution sont au premier plan;
- Le masque hostile où l'attitude agressive du sujet face à son entourage est flagrante. Cette attitude se caractériserait par l'irritabilité, la susceptibilité, l'opposition, la colère, la méfiance et l'agitation. Pour Charazac (2011), l'agitation psychomotrice, l'agressivité et l'irritabilité pourraient également cacher une forme d'anxiété;
- Le masque anxieux où l'inquiétude est permanente même pour des faits anodins avec une incapacité à se détendre. Cela entraînerait une dépendance plus grande et l'épisode confusionnel en serait la forme extrême;
- Le masque démentiel où les plaintes cognitives sont au premier plan, aussi appelé dépression pseudodémentielle;
- Le masque conatif, plus centré sur la démotivation avec un fort désengagement affectif et relationnel, caractérisé par un sentiment d'inutilité, un renoncement, une perte de volonté et l'apathie.

Il est important de constater la multiplicité des formes que peut prendre la dépression chez les sujets âgés. La somatisation, l'hypocondrie et le syndrome de glissement sont également d'autres formes de dépression atypiques chez les sujets âgés.

Ces trois formes sont développées ci-après afin de mieux comprendre le fonctionnement psychique qui les sous-tend.

La somatisation, l'hypocondrie et le syndrome de glissement.

La somatisation. Elle représente des symptômes physiques réels d'origine psychique, c'est-à-dire causée par un désordre psychique. C'est en quelque sorte l'expression corporelle d'un mal-être psychologique plus ou moins conscient. Il n'est pas toujours facile de distinguer l'origine des plaintes : purement organiques, purement psychiques, elles sont le plus souvent liées, le corps et l'esprit fonctionnant ensemble (Ranty et al., 2010).

La somatisation dépend également de la capacité d'acceptation, d'élaboration et du processus de deuil du sujet âgé face au déclin normal de ses capacités dû au vieillissement et aux maladies invalidantes. Le corps « redevient bruyant » à cette période de la vie comme le nomme Verdon (2003b). Cet auteur note une certaine vulnérabilité somatique du corps vieillissant qui en fait un lieu d'expression de la désorganisation et de l'angoisse de finitude augmenté par l'attention actuelle portée à la santé physique. Selon lui, les modifications corporelles normales à cette période risquent de perturber le sentiment de continuité d'existence et l'image du corps érotique. Il avance également que les plaintes somatiques risquent d'être mises en avant chez des sujets qui ne peuvent plus investir le monde extérieur et donc, qui surinvestissent leur propre corps. De plus, il confirme que la libido ne diminue pas forcément avec l'âge et

que l'excitation frustrée accumulée (déclin physique, pas de partenaire) sous forme de tension due au manque d'élaboration psychique et de symbolisation peut alors s'exprimer sous forme d'angoisse sur le plan corporel. La notion de mentalisation est alors ici importante.

Comme vue précédemment, la mentalisation correspond à la capacité d'élaboration psychique acquise dans les premières années de vie, qui se bonifierait tout au long de l'existence (Ranty et al., 2010). Ainsi, plus elle serait déficitaire, plus le risque de somatisation et de dépression serait grand : « La grande cause de l'apparition de la somatisation est la perte objectale réelle ou symbolique qui entraîne une rupture de l'homéostasie et un état dépressif » (Ranty et al., 2010, p. 294). De plus, la somatisation serait une forme de mécanisme de défense où le sujet âgé ne reconnaîtrait pas l'origine psychique de son mal-être et s'accrocherait au factuel et au corporel dans l'ici et le maintenant. Ranty et al. (2010) classent différents types de somatisations comme étant les conséquences d'une régression libidinale orale, anale ou génitale : les somatisations digestives (comme les nausées, colites) pour la première, les somatisations musculaires de l'appareil locomoteur (douleurs multiples) pour la seconde et génito-urinaire (prurit, cystites) pour la dernière. Enfin, la fatigue et la perte d'appétit pourraient être liées à un travail de deuil difficile et à une perte du sens de la vie.

L'hypocondrie. Charazac (2005) la définit comme une position dépressive à dominante corporelle. Mais l'hypocondrie, contrairement à la somatisation, peut se

définir comme la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée par le sujet lui-même des symptômes physiques qu'il ressent (Ranty et al., 2010). Il y aurait alors un terrain paranoïaque sensible chez les sujets développant ce type de trouble. Pour ces auteurs, le patient entretiendrait une relation de type « sadomasochiste » avec l'organe « persécuteur » empêchant la guérison (Ranty et al., 2010). Enfin, Thomas et al. (2010) proposent que : « l'hypocondrie est un état de lutte désespérée contre la solitude existentielle » (2010, p. 247).

L'hypocondrie chez les sujets âgés serait déclenchée par les pertes multiples, le retrait des investissements et l'isolement qui entraînent une régression narcissique où le corps devient le lieu d'une relation d'objet manquante (Péruchon, 2005). De plus, cette auteure attribue l'hypocondrie aux conséquences de la dépsychisation où le perceptif et le surinvestissement des sensations prennent une place de plus en plus importante pour combler le vide psychique qui s'installe.

Ainsi, par les plaintes corporelles, le sujet s'affirme et il pourrait ainsi entretenir une relation notamment avec les soignants afin de répondre à un besoin relationnel débordant et de maintenir l'identité malgré les pertes avec un déni de la dépression et de l'anxiété comme source des symptômes (Thomas et al., 2010). Ces auteurs ajoutent que les plaintes somatiques représenteraient un appel à l'aide, car le désespoir du sujet se cacherait derrière la crainte d'avoir une maladie grave et qu'il y aurait une part de dépression mélancolique dans l'hypocondrie.

Le syndrome de glissement. Le syndrome de glissement est une dépression secondaire, un épisode dépressif organique marqué par une passivité agressive et des caractéristiques mélancoliformes qui menacent rapidement le pronostic vital (Clément et al., 2010). Pour Ranty et al. : « Il est considéré par les psychosomaticiens comme un effondrement extrêmement grave de toute l'organisation psychosomatique du sujet avec un désir de ne plus vivre et ne plus avoir envie de se battre » (2010, p. 297). Il peut alors être considéré comme une forme passive de suicide dépourvue d'agir violent du sujet âgé qui représente la voie la plus extrême de la dépression (Charazac-Brunel, 2002). On peut également voir le syndrome de glissement comme un véritable effondrement somatopsychique par perte de ce qui faisait sens dans la vie du sujet âgé ou comme une décision de lâcher-prise, de renoncement aux efforts pour continuer à vivre (Monfort & Hazif-Thomas, 2010). Le plus souvent, on retrouve un facteur déclenchant comme une maladie organique, un choc ou un traumatisme qui peut passer inaperçu aux yeux de l'entourage. La personne âgée restreint toutes ses activités (marquée par l'inhibition tant physique que psychique), ne s'alimente plus, refuse de communiquer, refuse l'aide d'autrui et les soins et se désinvestit socialement (Charazac-Brunel, 2002). Ainsi, perte de poids, grabatisation et décès surviennent rapidement.

Pour conclure, selon Ferrey et Le Gouès (2008) une autre issue existe : la solution sublimatoire pour lutter contre les affects dépressifs. Selon ces auteurs, la sublimation¹ permettrait de revitaliser le narcissisme sain et d'atténuer la douleur provoquée par la discontinuité. Ils distinguent alors deux types de sublimation : la sublimation intellectuelle et artistique en lien avec un retour de l'analité dans le sens de la combativité et non de la rétentio et la sublimation affective où la tendresse et l'amitié prennent place à la satisfaction corporelle.

Vieillesse et dépression au travers du test de Rorschach

De manière générale, le test de Rorschach serait le plus utilisé des tests projectifs en psychologie (Richelle, 2009). Beaucoup de travaux ont été réalisés sur ce test depuis 1920 à ce jour, venant enrichir les données scientifiques, apportant une standardisation de la passation, un étalonnage et confirmant sa fidélité et sa validité. Cela a pu être possible surtout grâce aux travaux d'Exner et de l'application de son système intégré depuis les années 70 (Muzio, Andronikof, David, & Di Menza, 2001). Cependant, il n'existe pas de norme spécifique aux personnes âgées. Pertchik, Shaffer, Erdberg et Margolin (2007) précisent certains points spécifiques aux personnes âgées qui seront détaillés dans cette section. Il est intéressant de relever, dans un premier temps, l'intérêt d'utiliser ce test auprès des sujets âgés, puis, dans un second temps, l'utilisation du

¹ Processus psychique inconscient qui rend compte, pour Freud, de l'aptitude de la pulsion sexuelle à remplacer un objet sexuel par un objet non sexuel (connoté de certaines valeurs et idéaux sociaux) et à échanger son but sexuel initial contre un autre but, non sexuel, sans perdre notablement en intensité (Bloch, 2011).

Rorschach pour évaluer les symptômes dépressifs. Enfin l'observation de l'évolution des recherches concernant cette population cible permet de situer la présente recherche.

Intérêt du Rorschach auprès des aînés

Les méthodes projectives sont adaptées aux personnes âgées si l'on tient compte des déficits sensoriels comme les problèmes visuels ou les problèmes de santé qui augmentent avec l'âge (Hayslip & Lowman, 1986). En effet, ces épreuves ne sont pas minutées, les consignes sont simples, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses ce qui les rendent facilement accessibles aux personnes âgées même avec des habiletés amoindries. Muzio et al. (2001) montre que le test du Rorschach en gériatrie apporte des informations précieuses sur le fonctionnement des sujets âgés comme :

- l'attention et le traitement de l'information;
- la manière de traduire ce qui est perçu;
- les pensées qui émergent à partir de ce qui est perçu;
- le contrôle et la tolérance au stress, la manière de faire face à l'expression affective et de moduler l'expression des émotions;
- la manière dont le sujet se perçoit;
- la manière dont le sujet perçoit les autres et sa relation aux autres;
- la manière dont ces éléments interagissent.

Cela est important surtout auprès de sujets âgés hospitalisés qui ont des difficultés à exprimer ou verbaliser leurs souffrances dans des contextes de perte d'autonomie, de

dépression, de solitude, etc. Ainsi, ce test permettrait de mettre en lumière les problématiques et les enjeux psychiques du sujet âgé tout en respectant les mécanismes de défense.

Utilisation du Rorschach pour évaluer les symptômes dépressifs

Indicateurs en clinique adulte. Anzieu et Chabert (1987), Chabert (1998, 2012) et Richelle (2009) proposent une analyse du contenu latent (c'est-à-dire des sollicitations implicites suscitées par les planches). Lors de la passation du test, l'angoisse de perte d'objet, des manifestations ou affects dépressifs en lien avec les pertes et l'estime de soi, une dévalorisation de soi, un mal-être sur le plan somatique ou psychique ou encore un vécu d'insatisfaction et de manque sont susceptibles d'émerger dans le discours du sujet (Anzieu & Chabert, 1987; Chabert, 1998, 2012; Richelle, 2009). Chabert (2012) précise également qu'une sensibilité à la couleur grise (coté FC', C'F, C') est le signe d'une humeur dépressive, d'inquiétude ou d'anxiété diffuse. Alors qu'une sensibilité à la couleur blanche est plus révélatrice de problématiques narcissiques de par les expériences de manque ou de carences affectives qui sont réactivées. Les réponses C' (sans forme, réponse uniquement basée sur la couleur achromatique de la planche) sont le signe d'un repli narcissique avec un refus du changement inhérent au développement.

De Tychey (2012) souligne que le test de Rorschach présente un intérêt particulier pour approcher le champ de la dépression. En effet, ce test permet de percevoir sous quelle forme de personnalité s'intègre la problématique dépressive du sujet. Il met à jour

la nature des conflits dominants du sujet et il permet de donner des indications sur le pronostic. Cependant, cet auteur ne précise pas de spécificité chez les sujets âgés, il utilise le test de Rorschach en clinique adulte pour évaluer le risque suicidaire, le risque de chronicisation dépressive et il propose des pistes de réflexion sur les perspectives thérapeutiques. Selon cet auteur, les capacités de mentalisation du sujet sont en lien avec ses capacités d'élaboration mentale qui lui permettraient de faire plus ou moins face aux pertes, aux angoisses et aux affects dépressifs. Ainsi, l'impossibilité d'élaboration mentale, due à l'inhibition de l'imaginaire et au recours défensif à la réalité externe, aboutit à une décharge sur le plan somatique ou à des troubles du comportement avec un risque de repli narcissique. Les capacités de mentalisation du sujet sont donc impliquées dans le traitement de la perte, des deuils, des pulsions et des angoisses. Cela semble particulièrement intéressant avec l'avancé en âge où, comme vu précédemment, les pertes et deuils se multiplient entraînant un remaniement narcissique important. Les indicateurs élaborés par De Tychev (2012) permettent de mesurer la qualité de la mentalisation au travers du test de Rorschach, dont l'élaboration mentale de l'affect d'une part et la représentation mentale de la pulsion d'autre part. L'auteur conclue de ses travaux que la chronicisation des dépressions proviendrait d'une rigidité du fonctionnement psychique avec un défaut de mentalisation et un accès limité à l'imaginaire. Notons que la notion de mentalisation est très vaste, elle pourrait faire l'objet à elle seule d'un travail de recherche. Afin de ne pas s'y perdre mais d'ajouter cette plus-value à notre recherche, nous avons choisi d'utiliser les indicateurs développés par cet auteur dans le troisième axe de recherche d'autant plus que ces indicateurs sont spécifiques à la dépression.

Indicateurs chez les personnes âgées. Verdon (2012) constate que certaines spécificités dans les réponses au Rorschach des personnes âgées laissent apparaître une problématique de dépendance. Pour l'auteur, cet aspect de dépendance est visible au travers des représentations d'objet qui se manifeste par une tendance à chercher à prévenir ou réparer des pertes ou deuils par crainte du vide. L'auteur relève ainsi :

- un investissement de la symétrie (repli sur soi);
- l'interprétation de souvenir (de guerre, de violence, d'incapacité, de souffrance) et de couleur comme une sensibilité au noir qui est associé à la souffrance, la dépression, la tristesse ou la mort;
- des mouvements d'étayages (fragilité, demande d'aide, concept de support, de soutien) avec parfois des réponses de type fusion caractérisées par des parties « collées », « mélangées » ou « attachées » ensemble.

Ces indices pourraient également témoigner de l'impact mortifère de la séparation (surtout à la dernière planche) où le narcissisme du sujet est mis à l'épreuve durant le vieillissement. Enfin, Verdon (2012) relève également la présence de défense maniaque qu'il considère comme une forme de lutte antidépressive avec des réponses trop positives et empreintes d'idéalisation. Ce type de réponses montrent le refus voir le déni du vieillissement dans une société où le culte de la jeunesse est mis en avant. En effet, Baudin (2005) relevait déjà, spécifiquement dans des protocoles de femmes après la ménopause, des réactions de pertes et de deuils face aux manifestations de jeunesse.

Selon la cotation du système intégré d'Exner¹ (2002, 2003), Muzio et al. (2001) reconnaissent l'intérêt de considérer de la constellation d'index de dépression (DEPI) chez les sujets âgés. Pertchik et al. (2007) précisent quant à eux que cette méthode de cotation est valide chez les sujets âgés, mais de ne pas considérer les augmentations possibles des cotations spéciales verbalisation déviante² (DV) et référence personnelle³ (PER) comme pathologique chez cette population.

Enfin, le test de Rorschach peut contribuer à l'évaluation du risque suicidaire par la constellation S-CON (Muzio et al., 2001) et au diagnostic différentiel entre démence et dépression par les résultats à l'index de dépression (DEPI) pour la présence d'éléments dépressifs et à l'indice d'incompétence social (CDI) plus caractéristique des démences chez les sujets âgés (Douville, 2001; Muzio et al., 2001). Cependant, nous ne développerons pas cela davantage, car nous nous intéressons ici seulement aux dépressions sans trouble cognitif.

Évolution des recherches

Les premières recherches effectuées par Rorschach puis Klopfer (en 1946, cité dans Hayslip & Lowman, 1986; Muzio & Luperto, 1999; Poitrenaud & Moreaux, 1975) démontrent que le vieillissement se caractérise au travers du test de Rorschach par :

¹ J. E. Exner a développé un système de cotation et d'interprétation du test de Rorschach très utilisé en Amérique du Nord.

² Réponse avec une erreur de langage comme un néologisme (exemple : utilisation d'un mauvais mot, un mot inventé) ou une redondance (exemple : deux jumelles).

³ Le sujet utilise des références personnelles pour justifier ou clarifier sa réponse.

- un déficit des fonctions intellectuelles, une possible perte des liens à la réalité, des ressources internes non utilisées;
- des difficultés sur le plan affectif (comme des difficultés à établir de nouvelle relation avec autrui ou une tendance à devenir plus introverti);
- une diminution de la créativité (moins imaginatif) et de l'intérêt pour la société;
- un déclin de la flexibilité et un appauvrissement psychique (comme une perte des couleurs et du mouvement, un appauvrissement de la qualité de la forme.

Cependant, ces résultats sont par la suite contestés par plusieurs études (Gross, Newton, & Brooks, 1990; Hayslip & Lowman, 1986; Mattlar, Knuts, & Virtanen, 1985; Muzio & Luperto, 1999; Poitrenaud & Moreaux, 1975; Reichlin, 1984). Ces auteurs relèvent que certains biais comme des échantillons trop petits provenant d'un même milieu (institution) avec notamment des différences d'âge et des variations dans les habiletés intellectuelles ou des déficits sensoriels non mesurés n'auraient pas été suffisamment pris en compte dans l'interprétation des résultats.

Dans leur étude auprès de 155 hommes âgés de 60 ans et plus, sans affection physique ou psychologique, vivant à domicile et provenant d'un milieu socio-économique et culturel élevé, Poitrenaud et Moreaux (1975) concluent que le fonctionnement psychique ne se modifierait pas au cours du vieillissement normal. Ces nouveaux résultats sont également confirmés par l'étude de Gross et al. (1990) qui conclut que, lorsque les variables sont correctement contrôlées (test d'intelligence, test

sur la détérioration cognitive, niveau d'éducation, prise de médicament), les personnes âgées obtiennent des scores comparables aux adultes plus jeunes.

Il y aurait des différences sur le plan statistique (comparaison de groupe) entre les sujets âgés institutionnalisés ou hospitalisés et ceux vivant à domicile, en bonne santé et exposés à suffisamment de stimulation physique, sociale et intellectuelle. Cela expliquerait les écarts importants dans les résultats obtenus des différentes études (Mattlar et al., 1985; Mattlar, Carlsson, Forsander, Karppi, & Helenius, 1992). Mattlar et al. (1985) concluent de leur étude qu'il y aurait peu de différences attribuables à l'âge et que le Rorschach est un test valide pour les personnes âgées en bonne santé physique. Ces mêmes auteurs confirment leurs résultats au cours d'une seconde étude auprès d'hommes de 80 ans (non malade, non institutionnalisé, en bonne forme physique) où ils concluent que la structure de personnalité se maintient jusqu'à cet âge et qu'elle est comparable à celle d'adulte (Mattlar et al., 1992). De plus, l'étude de Gross et al. (1990), auprès de quatre groupes de sujets âgés classés selon l'âge et le niveau intellectuel, confirme l'hypothèse avancée par Esidorfer (1963, cité dans Muzio & Luperto, 1999; Reichlin, 1984). Ainsi, le niveau intellectuel des sujets influence plus les réponses au test de Rorschach que l'effet de l'âge.

Valente-Torre (1993) analyse des protocoles de sujets âgés de plus de 90 ans avec un bas niveau de scolarité et l'absence de détérioration cognitive. L'auteure note un nombre de réponses inférieures à la norme certes, mais un certain dynamisme relationnel

(réponse humaine et mouvement) et une créativité qui expliquerait, selon elle, le maintien structural face au temps.

Enfin, l'étude de Pertchik et al. (2007), auprès de 52 sujets âgés entre 60 et 80 ans, sans déficit cognitif, de hauts niveaux socioculturels, en bonne santé et actifs confirme ces nouveaux résultats. Ces auteurs constatent cependant une augmentation des réponses DV (verbalisation déviante comme de néologisme ou de redondance) et PER (référence personnelle pour justifier ou clarifier sa pensée). Ils expliquent ceci comme des particularités dans le langage expressif et une tendance accrue à verbaliser des associations personnelles en lien avec l'avancée en âge. Ils soulignent que cela ne serait pas le signe d'égoïsme narcissique, mais plutôt un processus de réminiscence normal et adaptatif avec l'avancée en âge. Leurs résultats montrent également que les personnes âgées pourraient se montrer plus sélectives dans l'expression de leurs émotions et qu'elles auraient besoin de plus de temps pour établir une relation de confiance. Ces chercheurs se questionnent sur une augmentation des réponses alimentaires. Ils suggèrent notamment que ce type de réponse pourrait être lié à des préoccupations concernant la dépendance et l'attachement en lien avec l'avancée en âge. Ils concluent que la majorité des personnes âgées en santé et actives conservent leur structure de personnalité adéquatement.

D'autres recherches qui utilisent le test de Rorschach auprès d'une clientèle âgée sont souvent très ciblées. Elles portent sur les pathologies démentielles et sur la

différentiation du vieillissement normal versus pathologique (Insula & Loza, 1986; Muzio & Luperto, 1999; Muzio et al., 2001; Reichlin, 1984). Ainsi, les démences seraient identifiables au test de Rorschach par les changements cognitifs et psychiques qu'elles engendrent.

On constate également que les sujets âgés sont sous-représentés dans les études normatives. Le débat est ouvert sur l'intérêt de réaliser des normes spécifiques aux aînés ou au contraire que les différences ne sont pas suffisamment significatives avec les adultes plus jeunes pour faire une classification spécifique. Cependant, comme nous l'avons vu au cours des sections précédentes, les pertes successives liées au vieillissement, l'hospitalisation et l'institutionnalisation peut avoir un impact sur l'organisation du sujet âgé d'autant plus s'il est déjà fragilisé notamment sur le plan cognitif ou affectif rendant plus difficile les remaniements psychiques nécessaires à son adaptation.

Pour conclure, Crombecque (1990) et Verdon (2012) s'entendent sur l'intérêt des méthodes projectives auprès de cette population. Ils encouragent la poursuite des recherches auprès des sujets vieillissants dans le sens où elles apporteraient des éléments nouveaux sur des modes d'évolution et des formes de vieillissement des différentes structures de personnalité. Selon ces deux auteurs, de nouvelles recherches permettraient également d'enrichir les connaissances sur le fonctionnement psychique à l'épreuve du temps et notamment sur les ressources et les fragilités du sujet âgé. Ces auteurs

s'éloignent ainsi des études de comparaisons entre jeunes et âgées qui mettent en avant des détériorations en lien avec une organicité en déclin. S'inscrivant dans ce courant de pensée, la présente recherche vise à explorer les processus intrapsychiques chez les femmes âgées qui présentent une dépression sans trouble cognitif. L'étude permet d'enrichir la clinique projective sur les processus psychiques en lien avec les réaménagements psychiques dus aux investissements narcissiques et objectaux bouleversés par le traitement des pertes qui deviennent inévitablement de plus en plus nombreuses au cours du vieillissement. Ainsi, comme présenté précédemment, trois principaux axes émergent, soit les fragilités narcissiques (exemple : estime de soi, dévalorisation), les relations d'objet (exemple : besoin d'étayage, passivité, vécu d'insatisfaction ou de manque) et les capacités de mentalisation (avec l'élaboration mentale des affects et la représentation mentale des pulsions) afin de mieux comprendre les processus intrapsychiques chez ces femmes âgées qui présentent une dépression sans trouble cognitif et en bonne santé physique. Le choix de développer ses trois principaux axes permet d'amener une vision à la fois globale et détaillée du fonctionnement psychique des sujets afin de répondre aux objectifs de la recherche (mieux comprendre les processus intrapsychiques présents au cours de la dépression chez les femmes âgées sans trouble cognitif et en bonne santé physique). Ces processus sont en interrelations, ce découpage permet d'organiser et de structurer l'analyse des résultats.

Objectif

À partir de trois cas cliniques, l'objectif de cette recherche exploratoire est de mieux comprendre les processus intrapsychiques présents au cours de la dépression chez les femmes âgées sans trouble cognitif et en bonne santé physique. Plus précisément, selon les trois principaux axes, trois questions de recherche se dégagent :

- Qu'en est-il de l'atteinte narcissique de ces femmes?
- Quel en est l'impact dans les relations aux autres?
- Quelles sont les ressources d'élaboration mentale de l'affect et de représentation des pulsions?

Méthode

Description des participantes

Le Tableau 1 à la page suivante présente les caractéristiques sociodémographiques des trois participantes. Elles sont toutes âgées de plus de 65 ans et à la retraite. Concernant leur scolarité, deux participantes ont effectué leur neuvième année et la troisième participante a obtenu un baccalauréat. Les participantes évaluent leur propre situation financière de satisfait à très satisfait (échelle de Likert en quatre points : *pas du tout satisfait, peu satisfait, satisfait et très satisfait*).

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des participantes

Caractéristiques	Participant		
	Mme A	Mme L	Mme C
Âge	73 ans	77 ans	68 ans
État civil et famille	Veuve (2 ans) 4 enfants et 8 petits-enfants	Veuve (8 ans) 3 enfants et 3 petits-enfants	Mariée 3 enfants, aucun petit enfant
Scolarité	9 ^e année	9 ^e année	Baccalauréat
Années de retraite	20	12	1
Situation financière	Satisfaisante	Satisfaisante	Très satisfaisante

Le Tableau 2 présente l'état de santé des participantes. Concernant les douleurs physiques et les difficultés de sommeil, les participantes ont répondu à des auto-évaluations (échelle de Likert en six points). Toutes les participantes considèrent leur santé comme bonne (point 4/6 de l'échelle). Pourtant, elles présentent plusieurs maladies (comme : arthrite, douleur, diabète, problème de pression artérielle, cholestérol, maladie cardiaque et problème thyroïdien) ainsi que des déficits sensoriels (l'une des participantes présente une myopie corrigée par des lunettes, une autre, une cataracte opérée et la troisième participante est sourde d'une oreille). Cependant, ces déficits sensoriels n'ont pas altéré la passation des tests. Par contre, les participantes ressentent des douleurs physiques. Deux participantes ont indiqué souffrir « quelques fois » (point 3/6 de l'échelle) de douleur physique avec une intensité faible (3/10) pour l'une et forte

(8/10) pour l'autre. La troisième participante souffre « très souvent » (point 5/6 de l'échelle) de douleurs avec une forte intensité (8/10). De plus, elles présentent toutes les trois des difficultés de sommeil (d'une fréquence variant de 4 à 6/6 selon l'échelle soit : « souvent », « très souvent » et « toutes les nuits »). Mais l'une des participantes bénéficie d'une médication très efficace contre l'insomnie.

Tableau 2

État de santé des participantes

	Participant		
	Mme A	Mme L	Mme C
Santé	Bonne	Bonne	Bonne
Maladie	Arthrite, maux de dos et tête, ostéoporose	Diabète, haute pression, cholestérol, maladie cardiaque	Allergies, arthrite, basse pression, cholestérol, problème thyroïde
Déficit sensoriel	Myopie (corrigée)	Cataracte (opérée)	Sourde d'une oreille
Douleurs physiques et intensité	Très souvent Intensité de 8/10	Quelquefois Intensité de 8/10	Quelquefois Intensité de 3/10
Difficultés de sommeil	Jamais (sous médication) sinon souvent	Toutes les nuits	Très souvent

Recrutement

Le recrutement des participantes a été effectué lors de la session d'automne 2011.

La responsable de l'étude principale sur la réalisation de buts personnels significatifs :

« Une approche novatrice pour la prévention du suicide des aînés », Sylvie Lapierre¹ a permis de réaliser le recrutement des participantes. Pour cette recherche, les participantes ont été recrutées sur une base volontaire par les médias (articles dans les journaux locaux) et les centres communautaires. Lors des entrevues de prétest de cette étude principale, les participantes ont été invitées à participer volontairement à un volet complémentaire pour cette présente étude : « L'évaluation des enjeux dépressifs chez les femmes âgées », lors d'une entrevue subséquente. Une feuille d'information contenant la présentation du projet a été remise aux participantes intéressées.

Les participantes volontaires ayant manifesté leur intérêt ont été contactées dans les jours suivant l'entrevue principale afin de fixer un rendez-vous pour l'entrevue subséquente. Cette rencontre supplémentaire est programmée afin de réaliser la passation de deux instruments de mesure : le répertoire des événements de vie (ELQUEV) et le test de Rorschach. Les autres tests (données sociodémographiques, BDI-II, MMSE) sont réalisés de façon systématique au cours de la première entrevue de la recherche principale. Un dédommagement symbolique de 20 dollars est offert aux participantes pour couvrir les frais de déplacement et de stationnement pour la rencontre (uniquement pour cette entrevue supplémentaire).

¹ Sylvie Lapierre, professeure de psychologie à l'UQTR, directrice du laboratoire de gérontologie. Numéro certificat éthique de la recherche « une approche novatrice pour la prévention du suicide des aînés » : CER-10-156-06.10.

Sélection des participantes

Les critères d'inclusion sont :

- l'âge : les participantes doivent être âgé de 65 ans est plus;
- le sexe féminin;
- l'absence de trouble cognitif;
- la présence de dépression.

Lors des entrevues de prétest de l'étude principale, les participantes sont soumises :

- au *Mini Mental State Évaluation* (MMSE) permettant d'écarter les participantes présentant des troubles cognitifs;
- au *Beck Depression Inventory II* (BDI-II) permettant d'indiquer la présence de dépression ainsi que le niveau de sévérité.

Trois participantes ont été exclues de la recherche. L'une, car elle présentait un score inférieur à ce qui est attendu au MMSE¹ par rapport à son âge, son niveau d'étude et son genre selon la normalisation du MMSE chez les Québécois francophones de plus de 65 ans de Hudon et al. (2009). Une autre présentait un score trop faible au BDI-II² (pas de dépression). La dernière présentait une dégénérescence visuelle (macula) pouvant altérer sa perception des planches au test de Rorschach.

¹ Âge : 80 ans, niveau d'étude : baccalauréat, score MMSE : 26/30.

² Résultat au BDI II : 9/63.

Instruments de mesure

Quatre instruments de mesure sont utilisés : le *Mini Mental State Évaluation* (MMSE), le *Beck Depression Inventory II* (BDI-II), le répertoire des événements de vie (ELQUEV) et le test de Rorschach. Les deux premiers soit le MMSE et BDI-II ont été utilisés pour la sélection des participantes. Alors que le ELQUEV permet d'indiquer la présence d'évènements importants vécus par la participante au cours des 12 derniers mois pouvant expliquer certains résultats. Enfin, une attention particulière est apportée au test de Rorschach, car il sert à évaluer les processus intrapsychiques.

Mini Mental State Evaluation (MMSE)

Cet outil est un examen clinique standardisé qui permet d'évaluer les fonctions cognitives et mnésiques des participantes (Derouesné et al., 1999). Il a été élaboré par Folstein en 1975 dans sa version originale Ce test distingue la mémoire à court et à long terme, l'orientation, la fluidité verbale, les associations sémantiques, l'attention et le calcul, le langage, les praxies de construction et un rappel différé. La validation de l'adaptation française a été effectuée par Hébert, Bravo et Girouard (1992) dans une étude auprès de 83 personnes âgées (de plus de 60 ans). La traduction a été effectuée avec deux orthophonistes et deux neuropsychologues. La fidélité test-retest a un coefficient intra-classe de 0.94, la fidélité inter-juge : un coefficient intra-classe de 0.95 et la cohérence interne obtient un coefficient alpha de Cronbach de 0.89 (Hébert et al., 1992). Les participantes retenues pour la recherche principale ont des scores supérieurs à 24. Cependant, pour les scores se situant entre 24 et 27, il est important de prendre en

compte l'âge et le niveau de scolarité de la participante pour l'interprétation des résultats (Bravo & Hébert, 1997; Crum, Anthony, Bassett, & Folstein, 1993; Derouesné et al., 1999; Hudon et al., 2009). En effet, il a été démontré que la performance diminue avec l'âge d'une part et augmente avec le niveau de scolarité d'autre part (Bravo & Hébert, 1997).

Beck Depression Inventory II (BDI-II)

Cet outil permet de mesurer la sévérité de la dépression chez les participantes. Il se compose de 21 questions à choix de réponses multiples. Le BDI-II correspond à la dernière version de l'inventaire de dépression de Beck (première version en 1961). La version française utilisée pour cette recherche a été effectuée par Beck, Steer et Brown (1996). La validité concourante avec l'ancienne version est de 0,93 et le coefficient de consistance interne est de 0,89 (Bouvard & Cottraux, 2010). Pour le BDI-II, un score entre 0 et 11 correspond à une absence de dépression, de 12 à 19 : une dépression légère, de 20 à 27 : une dépression modérée et de 28 à 63 : une dépression sévère (Bouvard & Cottraux, 2010).

Répertoire des évènements de vie (ELQUEV)

Cet outil mesure la prévalence des évènements de vie dans les douze derniers mois à l'aide d'une liste de 56 évènements positifs et négatifs. Les participantes sont invitées à préciser si ces évènements ont été présents dans leur vie au cours des 12 derniers mois et s'ils ont eu un effet positif ou négatif. Il est alors possible de demander des précisions

aux participantes si nécessaire. À la fin du répertoire, il est demandé à la participante si elle a vécu d'autres événements marquants au cours des 12 derniers mois non répertoriés et d'en préciser la nature. Ce répertoire a été élaboré par le Groupe de recherche sur l'actualisation du potentiel des personnes âgées (Grappa) rattaché au centre de recherche sur le vieillissement de l'institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Il correspond à la version française modifiée de *The Geriatric Scale of Recent Life Events* (Kiyak, Liang, & Kahana, 1976). Ce dernier est une adaptation du *Social Reajustement Rating Scale* de Holmes et Rahe (1967) comportant 23 items auxquels les auteurs ont ajouté des items plus spécifiques aux personnes âgées.

Dans la recherche, cet outil nous permet de prendre en compte les événements marquants vécus par les participantes qui peuvent influencer ou expliquer les résultats obtenus. Car, comme nous l'avons vue dans le contexte théorique, les pertes et deuils sont des éléments à considérer surtout en lien avec l'avancée en âge et la dépression.

Test de Rorschach

Le test est utilisé pour évaluer les processus intrapsychiques. Il se compose de dix planches où des images sont représentées par des taches d'encre symétriques. Les planches I, IV, V, VI et VII sont noires et blanches, les II et III sont noires et rouges, les VIII, IX et X sont pastel.

Les planches sont présentées une à une aux participantes selon un ordre déterminé. La consigne utilisée est : « Qu'est-ce que cela pourrait être? ». Par la suite, une enquête est réalisée afin de bien localiser les percepts et comprendre sur quoi s'est basée la personne pour les voir. La procédure de passation et de cotation dite formelle selon le système intégré d'Exner (2002, 2003) est utilisée. Cette procédure présente une standardisation, une validité et des qualités psychométriques reconnues avec un accord interjuge variant de 0,83 à 0,85 (Ackin, Mcdowell, & Orndoff, 1992; Parker, 1983; Sciara, 1996).

Ces planches sont considérées comme un matériel dit non figuratif (contrairement au *Thematic Apperception Test* où des scènes sont clairement figurées sur les planches). Cependant, les planches présentent à la fois une dimension structurale du fait de la symétrie autour de l'axe vertical et à la fois une dimension sensorielle par la présence de couleurs, de dégradés, d'estompages, etc. Il n'y a pas de limites dans le temps ni de bonnes ou de mauvaises réponses, le sujet livre alors, au travers de ses associations libres, ses projections¹ et sa vie fantasmatique de manière spontanée avec moins de contrôle rationnel (Richelle, 2009).

D'une part, les résultats obtenus sont interprétés de manière quantitative en comparaison à des normes établies (Exner, 2002, 2003). D'autre part, l'approche de

¹ Par projection, on entend : « une action psychique, qui consiste à expulser de la conscience les sentiments répréhensibles pour les attribuer à autrui. » (Anzieu & Chabert, 1987). La projection est un processus inconscient de déplacement d'éléments internes déplaisants vers l'externe. Ainsi, le test de Rorschach favorise cette décharge pulsionnelle et émotionnelle via les planches.

« l'école française de Paris » offre une interprétation qualitative dite analyse dynamique sous un angle psychanalytique. Les travaux de Chabert (1998, 2012), Verdon (2012) et De Tychev (2012) ont contribué à l'élaboration de l'analyse qualitative pour la présente recherche. Les indicateurs retenus sont présentés dans la section « résultats » intitulée analyse des données. Finalement, l'interprétation du test est à la fois quantitative et qualitative.

Déroulement

Le comité d'éthique de la recherche a donné son approbation à ce projet de recherche intitulé « L'évaluation des enjeux dépressifs chez les femmes âgées » lors de la 171^e réunion tenue le 26 août 2011. Le certificat porte le numéro CER-11-171-06.06 (voir Appendice A).

Sur une base volontaire, une entrevue d'une durée moyenne d'une heure et trente minutes de type semi-dirigée a été effectuée avec chaque participante, individuellement. Des pauses ont été proposées aux participantes. Les rencontres se sont déroulées dans une salle réservée à cet effet soit au Laboratoire de gérontologie de l'UQTR (pavillon Michel Sarrazin) soit dans un bureau au centre Émile-Gamelin de Joliette.

Le consentement libre et éclairé à participer à cette recherche a été recueilli en début d'entrevue ainsi que l'autorisation d'enregistrement audio du test de Rorschach (voir Appendice B). Ensuite, la rencontre a permis la passation du questionnaire des

événements de vie en premier puis du test de Rorschach en second. En fin de rencontre, les participantes sont remerciées de leur participation et un dédommagement symbolique de 20 dollars est offert aux participantes pour couvrir les frais de déplacement et de stationnement pour la rencontre.

Ensuite, les tests sont codés afin d'assurer l'anonymat des participantes puis corrigés. Enfin, comme il s'agit de trois études de cas en vue d'une analyse clinique, chaque protocole du test de Rorschach a été vérifié à partir des verbatim (voir Appendice C). Deux personnes ont coté quantitativement les protocoles de façon indépendante : la responsable¹ et la directrice² de la recherche selon la méthode du système intégré d'Exner (2003, comme présenté dans la section Instrument de mesure). La comparaison des résultats obtenus a permis de diminuer les erreurs d'inattention et de discuter de la cotation des cotes spéciales (notamment la distinction entre DV³ et DR⁴). Les résumés formels ont été vérifiés à l'aide du logiciel ROR-SCAN afin d'éviter les erreurs de calcul (voir Appendice C). Concernant l'analyse qualitative, elle a été réalisée par la responsable de la recherche puis relut dans son intégralité par la directrice de la recherche avant la réalisation de l'analyse des résultats. Ainsi, plusieurs échanges ont été effectués, chaque protocole a été entièrement vérifié, les désaccords ont été discutés et un consensus a été établi entre les deux évaluatrices.

¹ Mme Ameline Dupont, doctorante en psychologie (D.Ps).

² Mme Suzanne Léveillé (Ph.D.), professeure au Département de psychologie, UQTR.

³ Verbalisation Déviante comprenant des néologismes (utilisation d'un mot incorrect) et des redondances (Exner, 2003).

⁴ Réponse Déviante comprenant des phrases inappropriées et des réponses circonstanciées (associations libres, fuites des idées, commentaires absurdes) (Exner, 2003).

Résultats

Ce chapitre comporte deux sections : la première porte sur la réduction des données et la seconde, présente les résultats de la recherche.

Réduction des données

La réduction des données effectuées est présentée selon les trois axes de la recherche : les fragilités narcissiques, les relations d'objet et les capacités de mentalisation. Les indicateurs sélectionnés sont issus des recherches d'auteurs clefs dans le domaine : Exner, Chabert, Verdon et De Tychev présentés dans le contexte théorique. Par souci de synthèse, le choix des indicateurs a été déterminé en fonction de la pertinence des principaux indices spécifiquement pour la dépression chez les sujets âgés afin d'évaluer les trois axes développés chez les participantes. Pour chaque axe, les indicateurs quantitatifs retenus sont présentés en premier puis les indicateurs qualitatifs en second. Les Tableaux 4 (indicateurs des fragilités narcissiques) et 5 (indicateurs des relations d'objet) situés à la fin de la seconde section (présentation des résultats) présentent un récapitulatif des indicateurs retenus (quantitatifs et qualitatifs) pour ces deux axes. Les indicateurs qualitatifs retenus pour le troisième axe sont expliqués dans le texte et sont issus des travaux de De Tychev (2012) sur la dépression,

Fragilités narcissiques

Selon la méthode d'interprétation du Rorschach en système intégré d'Exner (2003), plusieurs indices sont retenus pour évaluer les enjeux intrapsychiques sous-jacents concernant la perception de soi. Dans cette dimension, les six indicateurs retenus dans un contexte de dépression afin de considérer la vulnérabilité du sujet, l'atteinte de l'image de soi, les capacités d'introspection et les inquiétudes sur le plan corporel sont :

- l'index d'hypervigilance (HIV) renseigne sur la présence d'un sentiment de vulnérabilité issu d'une grande prudence envers l'environnement et d'un effort accru pour maintenir une protection;
- les réponses reflets (Fr, rF) indiquent une centration sur soi et sur les valeurs personnelles;
- l'index d'égoïsme ($3r + (2)/R$) montre également le niveau de la préoccupation de soi et dans une moindre mesure, l'estime de soi;
- la capacité d'introspection du sujet (par les réponses en perspective : FD et la somme des réponses d'estompage avec une notion de profondeur : Sum V) permet d'évaluer le pronostic. De plus, pousser à l'extrême, cette capacité peut pousser le sujet à ruminer, à vivre des affects douloureux et avoir une préoccupation excessive pour l'image de soi;
- le nombre de réponses anatomique et radiographique (contenus An + Xy) indique l'attention portée au corps. Un résultat supérieur à deux indique une inquiétude particulière à ce sujet ou de l'image de soi;

- la somme des réponses « morbides » (Sum MOR) renseigne sur les impressions négatives de l'image de soi.

Concernant les indicateurs qualitatifs (Chabert, 1998, 2012; Verdon, 2012), les sept retenus dans le discours des participantes sont :

- la dévalorisation de soi (autodépréciation);
- les émotions et les affects dysphoriques tels que peine, tristesse, malheur, incapacités, souffrance, etc.;
- la sensibilité à la couleur grise et au noir signe d'une humeur dépressive, d'inquiétude, d'anxiété diffuse et de souffrance;
- la sensibilité à la couleur blanche (contenu perçu dans le blanc de la planche, notion de lumière, d'éblouissement, de glace, etc.), signe de carences affectives ou de manque réactivés par les caractéristiques de la planche;
- les réponses mortifères (exemple : déchiqueté, blessé, détruit, cassé, déchiré) dont l'angoisse de décomposition ou dégradation porte atteinte au narcissisme du sujet par crainte d'une atteinte de l'image de soi (mort narcissique par effondrement) et référence à la mort;
- l'investissement de la symétrie comme signe de repli sur soi ou égocentrisme;
- les réponses trop positives et empreintes d'idéalisation qui montrent une lutte antidépressive ou une défense de type maniaque.

Relations d'objet

Selon la méthode d'interprétation du Rorschach en système intégré d'Exner (2003), plusieurs indices sont retenus pour évaluer les enjeux intrapsychiques sous-jacents concernant les relations interpersonnelles. Dans cette dimension, les six critères à prendre en compte concernant l'isolement, le repli sur soi, la passivité, la dépendance et l'insatisfaction sont :

- deux constellations : l'indice d'incompétence sociale (CDI) et l'indice d'hypervigilance (HIV). Un CDI élevé (4 ou 5) montre une immaturité relationnelle ou des difficultés à établir et maintenir des relations interpersonnelles satisfaisantes. La personne a tendance à être plus passive voir évitante, solitaire et à entretenir des relations superficielles. Ces personnes peuvent aussi se sentir rejetées, inadéquates, impuissantes avec des affects dépressifs face à leur échec dans ce domaine. De plus, HIV positif montre une tendance à la prudence et à la méfiance dans les relations aux autres comme déjà précisées dans la section précédente;
- le rapport des mouvements actifs et passifs (a:p) renseigne sur la tendance du sujet à adopter un style relationnel plutôt passif dans ses relations aux autres ($p > a + 1$);
- la somme des contenus humains et H pur renseigne sur l'intérêt du sujet pour les autres. Si elle est inférieure à ce qui est attendu en fonction du style de la personne (extravertie, introvertie), la personne porte moins d'intérêt aux autres, elle est plus isolée et repliée socialement;

- l'index d'isolement social;
- la somme des réponses estompage-texture est supérieure à 1 ($\text{Sum T} > 1$) révèle une insatisfaction des besoins affectifs et de contact. Il est probable que le sujet ait des besoins non comblés (notamment à cause de pertes affectives, déceptions, etc.) et cela peut susciter une certaine vulnérabilité et un sentiment de solitude;
- la dépendance se manifeste par la présence de réponse alimentaire ($\text{Fd} > 1$).

Concernant les indicateurs qualitatifs (Chabert, 1998, 2012; Verdon, 2012), les quatre retenus dans le discours des participantes sont :

- les réponses de type « étayage » qui montrent un besoin de soutien et une certaine vulnérabilité;
- les réponses de type « fusion » avec des éléments collés, mélangés, attachés ou peau commune qui montrent l'émergence d'une problématique de dépendance;
- le vécu d'insatisfaction et de manque;
- la sensibilité à la séparation (surtout à la dernière planche).

Affects et capacités de mentalisation

Selon la méthode d'interprétation du Rorschach en système intégré d'Exner (2003), plusieurs indices sont retenus pour évaluer les enjeux intrapsychiques sous-jacents concernant l'impact des affects ou des émotions sur le fonctionnement de la personne. Dans cette dimension, les six critères qui témoignent d'affect dépressif, de vulnérabilité, de détresse, de négativisme ou de potentiel suicidaire sont :

- l'association des deux constellations : index de dépression (DEPI) et indice d'incompétence sociale (CDI) sont à explorer. Une valeur à DEPI positif de 5, 6 ou 7 et CDI inférieur à 4 montrent une vulnérabilité et une perturbation affective avec une détresse psychologique et une possible dépression avec un dysfonctionnement comportemental (comme des symptômes dépressifs, des plaintes telles que perte d'appétit, insomnie, tension, anxiété même si la personne ne mentionne pas d'affect triste);
- les pressions ressenties par le sujet témoignent la présence d'une détresse psychique. Il s'agit ici de comparer la présence de mouvement¹ d'une part avec la somme des déterminants couleur achromatiques² et estompages³ d'autre part. Si la somme des déterminants couleur achromatiques et estompage est supérieur à la somme des mouvements (non humain), la présence d'une détresse psychique est probable;
- l'internalisation excessive des affects (rapport $\text{SumC}' : \text{WSumC}$). La somme des réponses de couleur chromatique (WSumC) est associée à l'expression des émotions (libération, décharge) alors que la somme des couleurs achromatiques (SumC') est davantage associée à des sentiments négatifs à cause de l'inhibition ou l'internalisation des émotions. Si l'inhibition est trop grande, la personne réprime ses émotions et elle est plus à risque de développer des symptômes somatiques, anxieux ou dépressifs ($\text{SumC}' > \text{WSumC}$);

¹ Déterminants kinesthésiques non humains : FM et m.

² Déterminants C', C'F et FC'.

³ L'estompage correspond à la notion de dégradé de teinte avec les déterminants contenant de la texture T, de la profondeur V ou de la diffusion Y.

- les réponses dans les espaces blancs (réponse $S > 2$) indiquent un négativisme, de l'opposition voir de la colère;
- les réponses blends d'estompage où il y a plusieurs caractéristiques d'estompage (comme un dégradé de couleur, une texture) associées dans une même réponse sont rares et témoignent d'une grande détresse émotionnelle;
- la constellation suicidaire (S-CON) qui fait référence au potentiel suicidaire.

Les indicateurs qualitatifs, ils résultent des travaux De Tychey (2012) sur les capacités de mentalisations en lien avec les capacités d'élaboration de la perte. L'auteur divise les indicateurs en deux sous-sections : ceux concernant l'élaboration mentale des affects et ceux concernant la représentation mentale des pulsions (pulsions sexuelles et pulsions agressives). Cette répartition permet de préciser les capacités du sujet dans l'un ou l'autre des processus sur un continuum allant de l'absence de mentalisation à un travail d'élaboration et de représentation sur le plan symbolique. Ainsi, certains indicateurs mettent en avant un échec de mentalisation alors que d'autres les capacités et les ressources du sujet.

D'une part, l'élaboration mentale de l'affect correspond à la capacité du sujet à tolérer et traiter les affects de déplaisir générés par l'angoisse ainsi que réguler les conflits qu'elle peut susciter. Dans l'ordre croissant, les indicateurs qui renseignent sur le niveau de mentalisation des affects sont :

- le refus d'une planche signe d'une inhibition massive de l'affect;

- des réactions corporelles (exemple : tremblements, sudation, pâleur, froncements des sourcils, etc.) et formes de fuites (exemple : fermer les yeux, éloigner la planche, la retourner dans tous les sens) sans nommer l'inconfort peuvent révéler un défaut de mentalisation;
- le recours à la réalité externe en présentant un temps de latence très long avant de fournir une réponse formelle;
- la verbalisation explicite de l'affect angoissant correspond, à un niveau intermédiaire, à une élaboration de l'affect. Cela révèle un accès conscient et une capacité à tolérer l'affect déplaisant et l'angoisse;
- l'intégration et la liaison de l'affect à une représentation sur le plan symbolique correspondent à un niveau plus élaboré de mentalisation.

D'autre part, la représentation mentale de la pulsion est évaluée selon deux dimensions : sexuelle et agressive faisant appel aux deux types de pulsion : pulsion de vie (libido) et pulsions de mort (agressivité, destruction) tels que définie précédemment. Pour les pulsions sexuelles, les indicateurs qui renseignent sur le niveau de mentalisation sont :

- la projection ou décharge de la pulsion de nature sexuelle crue montrent un échec de mentalisation;
- l'absence de reconnaissance des détails saillants ou creux montre un déni des pulsions, un repli narcissique et donc, un défaut de mentalisation;

- les détails saillants associés à des valeurs symboliques masculines surtout aux planches IV et VI (exemple : totems) et les détails « en creux » (surtout aux planches II, VII et IX) à des valeurs symboliques féminines (exemple : vase, grotte) sont l'indice d'une capacité de mentalisation.

Pour les pulsions agressives, les indicateurs qui renseignent sur le niveau de mentalisation sont :

- la projection ou la décharge de la pulsion brute ou agressive crue montrent un échec de mentalisation;
- la mise en scène d'agir non mentalisé (exemple : un homme qui fait un bras d'honneur) est à considérer comme un défaut de mentalisation de la pulsion agressive;
- l'absence de relation d'objet montre un déni des pulsions et de la relation, un repli narcissique et donc, un défaut de mentalisation;
- la mise en relation de différents contenus dans une forme de mouvement relationnel élaborée formant un tout cohérent révèle un accès à la symbolisation;
- l'intégration de la couleur rouge aux planches II et III dans une élaboration symbolique des pulsions agressives est le signe de capacité de mentalisation.

Cependant, des défenses rigides comme l'isolation ou l'intellectualisation peuvent empêcher ce processus de mentalisation. Contrairement une flexibilité des processus mentaux est le signe d'une mentalisation riche. On voit ici plusieurs continuums qui

permettent de donner des indices sur les capacités de mentalisation et les ressources du sujet.

Présentations des résultats

Le Tableau 3 présente les résultats obtenus au *Beck Depression Inventory II* (BDI-II) et au *Mini Mental State Évaluation* (MMSE). Les participantes retenues pour l'étude obtiennent toutes un score qui indique la présence d'une dépression légère et une absence de déficit cognitif. Plus précisément, deux participantes obtiennent un score de 18 au BDI-II et la troisième participante, un score de 17. Pour le MMSE : ces deux mêmes participantes obtiennent un score maximal (30/30) et la troisième participante obtient 27/30 ce qui est considéré comme normal au vu de son âge et de son niveau d'étude (Hudon et al., 2009).

Tableau 3

Résultats au BDI-II et au MMSE

Résultats	Participant		
	Mme A	Mme L	Mme C
BDI-II	18/63 Dépression légère	17/63 Dépression légère	18/63 Dépression légère
MMSE	30/30	27/30	30/30

Pour chaque cas clinique, les données d'anamnèse et les événements (qui ont eu un impact négatif ou positif) relevés par le répertoire des événements de vie (ELQUEV) sont présentés. Ensuite, les résultats obtenus sont exposés selon les trois axes définis : fragilités narcissiques (exemple : estime de soi, dévalorisation), relations d'objet et capacités de mentalisation (élaborations des affects et représentation des pulsions). Pour chaque axe, les indicateurs quantitatifs retenus sont présentés en premier puis les indicateurs qualitatifs en second. Enfin, les différences et les similitudes de résultat entre les participantes sont illustrées par deux tableaux (4 et 5) récapitulatifs qui offrent une vision d'ensemble des trois protocoles. Les protocoles de chaque participante (verbatim et résumé formel) sont situés à l'Appendice C.

Premier cas clinique : Mme A

Présentation de la participante et événement de vie. Âgée de 73 ans, Mme A est veuve depuis deux ans. Elle a quatre enfants et huit petits-enfants. Elle rapporte entretenir de très bonnes relations avec ses enfants. Retraitée depuis vingt ans, elle a

travaillé comme préposée aux bénéficiaires et animatrice en loisir. La participante a effectué sa scolarité jusqu'à la 9^e année. Elle considère qu'elle bénéficie d'une bonne santé physique toutefois, elle souffre très souvent de douleur physique avec une forte intensité (8/10). Elle souffre d'arthrite qui l'empêche de mener ses activités habituelles et également de maux de dos, d'ostéoporose et de problème urinaire. Elle rapporte également une myopie corrigée par des lunettes. Grâce à sa médication, elle indique ne plus avoir de difficulté de sommeil sinon, elle en aurait souvent. Enfin, Mme A se dit satisfaite de sa situation financière.

Au cours de la dernière année, la participante recense avoir vécu quatre événements négatifs et quatre événements positifs (ELQUEV). Les événements vécus négativement sont :

- des difficultés à marcher;
- une maladie mineure (crises d'arthrite);
- des inquiétudes pour ses enfants;
- la séparation d'un de ses petits-enfants avec son conjoint.

Les événements vécus positivement sont :

- une augmentation de sa participation à des activités communautaire;
- davantage d'heures de loisir (divertissement);
- une réussite personnelle;
- la réussite personnelle d'un membre dans la famille.

Fragilités narcissiques. Selon les indicateurs quantitatifs retenus, l'index d'égoïsme est dans la normale. Les résultats montrent un déficit d'introspection, la participante est moins portée à la conscience de soi qu'il n'est habituel. De plus, Mme A présente des inquiétudes corporelles et une image de soi fortement marquée par des attributions négatives. Sa pensée serait caractérisée par un point de vue sur soi plus pessimiste qu'il ne serait souhaitable.

Parmi les indicateurs qualitatifs retenus, deux sont présents dans le protocole de cette participante. Des émotions et des affects dysphoriques sont présents aux réponses 3, 18 et 23 (verbatim en annexe). Par exemple, à la réponse 23 :

« On dirait que c'est comme de la misère, de la peine un peu, c'est pas des éclaboussements joyeux. C'est des éclaboussements tristes ».

Des réponses de type mortifères sont également relevées comme à la réponse 8 ainsi qu'aux réponses 9, 18 et 23 :

« Là, on voit les pattes d'une petite qui s'est faite déchiqueter là ».

Relations d'objet. Selon les indicateurs quantitatifs retenus, Mme A ne présente pas d'immaturité relationnelle. Elle n'est pas particulièrement prudente ou méfiante dans ses relations aux autres. Elle présente des compétences dans le domaine social et un intérêt pour autrui. Elle adopte généralement un rôle plutôt actif dans ses relations. Cependant, elle serait plus isolée ou elle aurait plus de réticences à s'engager dans des échanges avec les autres. Ses besoins affectifs sont reconnus et exprimés comme la

plupart des gens. Enfin, elle a tendance à manifester plus de comportements de dépendance, à s'en remettre aux autres pour la diriger et l'étayer.

Parmi les indicateurs qualitatifs retenus, trois sont présents dans ce protocole. Sept réponses de type étayage sont recensées dont quatre qui contiennent la notion de soutien (aux réponses 1, 15, 16 et 17) et trois qui correspondent à une recherche de réassurance ou d'échange avec l'examinatrice (aux réponses 3, 4 et 23). Un vécu d'insatisfaction et de manque concernant les relations sexuelles est relevé à la réponse 12. Enfin, une sensibilité à la séparation est présente à la réponse 3 (thème de dispute, d'amour et de peine) et par l'augmentation du nombre de réponses à la dernière planche (4 réponses) comparativement aux autres planches.

Affects et capacités de mentalisation. L'analyse quantitative ne révèle pas la présence d'affect dépressif, de vulnérabilité, de forte pression ressentie, d'internalisation excessive des affects, de négativisme, de détresse émotionnelle ou de potentiel suicidaire.

Par contre, ce protocole présente une particularité : Mme A retourne toutes les planches sauf la planche IV. Cela indique une forme de fuite ou de mise à distance ou encore de réticence. Malgré cela, ce protocole présente également des indices de capacité d'élaboration mentale de l'affect avec la possibilité de verbaliser l'inconfort à la réponse 1 enquête :

« (...) C'est peut-être parce que j'aimais pas ça quand j'étais jeune, voir ça, des chauves-souris. (...) » et à la réponse 5, lors de l'enquête *« (...) Ça, c'est comme ceux qui faisaient peur aux enfants autrefois. (...) »*.

De plus, les détails saillants et en creux sont généralement reconnus, mais non symbolisés. Les réponses 12, 19 ainsi qu'une réponse additionnelle (lors de l'enquête) à la planche X sont empreints d'expression crue de la pulsion sexuelle. Exemple à la réponse 12 :

« Par contre, si on est franc un peu, le boute, c'est fait comme un pénis d'homme on dirait. Ça fait longtemps que j'en ai pas vu! » puis à l'enquête : *« Qui veut pénétrer, oui. Puis ici, ça serait le sperme qui veut s'en aller dans l'air. (...) »*.

La pulsion agressive est également présente à la réponse 5 et partiellement inhibée, car la participante ne termine pas sa phrase. De plus, la participante intègre la couleur rouge à la planche II réponse 2 : du sang suite à une bataille. Enfin, on observe une mise en relation de différents éléments et la présence de mouvement dans un tout cohérent qui montre la présence de ressources intrapsychiques :

« (...) Par contre, on dirait qu'il est comme enragé, y'a deux bras-là qui sont prêtes à aller... (...) ».

Deuxième cas clinique : Mme L

Présentation de la participante et événement de vie. Âgée de 77 ans, Mme L est veuve depuis huit ans. Elle a trois enfants et trois petits enfants. Elle rapporte entretenir d'excellentes relations avec ses enfants. Retraitée depuis douze ans, elle a travaillé dans une entreprise de bois et plancher. La participante a effectué sa scolarité jusqu'à la 9^e année. Elle considère bénéficier d'une bonne santé physique toutefois, elle souffre

quelquefois de douleur physique avec une forte intensité (8/10). Elle souffre également de diabète, de haute pression artérielle, de problème de cholestérol et de maladie cardiaque, mais cela ne l'empêche pas de mener ses activités habituelles. Elle a subi une opération pour une cataracte. Par contre, elle rapporte des problèmes de sommeil toutes les nuits. Enfin, Mme L se dit satisfaite de sa situation financière.

Au cours de la dernière année, Mme L recense avoir vécu trois événements négatifs et trois événements positifs (ELQUEV). Les événements vécus négativement sont :

- des difficultés de sommeil;
- la maladie d'un membre de la famille;
- le décès d'un cousin.

Les événements vécus positivement sont :

- la diminution de sa participation à des activités communautaires (elle précise en avoir eu trop);
- la diminution du nombre d'heures de loisir (divertissement);
- le retour de sa fille dans la région.

Fragilités narcissiques. Selon les indicateurs quantitatifs retenus, il n'y a pas de réponse reflet cependant, l'index d'égoïsme est supérieur à la normale. Cela indique la présence d'une préoccupation pour soi-même ou une insatisfaction personnelle. De plus, les résultats montrent un déficit d'introspection, la participante est moins portée à

la conscience de soi qu'il n'est habituel. Enfin, Mme L n'est pas portée à avoir des inquiétudes sur le plan corporel ou une image de soi négative.

Parmi les indicateurs qualitatifs retenus, trois sont présents dans ce protocole. Mme L a tendance à se dévaloriser par rapport à ses compétences, son niveau d'étude ou son âge (réponses 4, 7, 14, 16 et 20). Par exemple, à la réponse 7 :

« Ça c'est des affaires que j'ai jamais vu. J'ai pas été instruite pour cela. J'ai été rien qu'en 9e année hein! ».

La participante semble éviter les affects ou émotions dysphoriques. En effet, Mme L ne finit pas toujours ses phrases, se retenant de livrer ses pensées ou projections surtout lorsqu'elles ont une connotation plus négative. Par exemple, à la réponse 12, la participante commence sa réponse en voyant deux figures « *pas en bons termes* » avec des temps de latences et d'hésitation puis elle se rétracte mettant un avant des valeurs éducatives d'entraide et d'amour et d'égalité en lien avec son histoire personnelle. Ou encore à la réponse 3, une « *chicane* » qui se transforme lors de l'enquête en une « *réconciliation* ». On peut voir dans ces réponses une forme de conflit avec la mise en œuvre d'un mécanisme de défense qui l'empêche de livrer sa projection initiale.

Enfin, Mme L évoque ses difficultés de sommeil, la négation d'une dépression et la mort à la réponse 11 :

« (...) Ils font travailler ma tête, je suis pas si compliquée que ça moi. Oh mon Dieu, non! À part le sommeil, il n'y a pas grand-chose qui m'énerve. Et ce matin, à 5 heures, j'étais réveillée, prête à faire du ménage. Fais que... Et, j'suis pas dépressive, car je veux pas mourir, là. Elle veut pas mourir celle-là,

non j'suis pas prête à mourir. Ben, faut pas dire ça qu'on est pas prête, car c'est pas nous qui est maitres de notre vie... ».

Elle rejette ainsi l'idée de souffrir de dépression tout en révélant une certaine inquiétude et impuissance face à la mort et une mise à distance en utilisant la troisième personne pour parler d'elle-même.

Relations d'objet. Selon les indicateurs quantitatifs retenus, Mme L ne présente pas d'immaturation relationnelle. La participante n'est pas particulièrement prudente ou méfiante dans ses relations aux autres. Elle présente des compétences dans le domaine social et un intérêt pour autrui. Elle adopte généralement un rôle plutôt actif dans ses relations. Elle ne se perçoit pas isolée. Cependant, la participante serait plus prudente dans les situations de proximité personnelle, surtout en ce qui concerne les échanges tactiles.

Parmi les indicateurs qualitatifs retenus, deux sont présents dans ce protocole. Une certaine réticence et une agressivité sont projetées sur l'examineur, exemple à la réponse 2 :

« Non, je vois vraiment pas d'autre chose là. Vous p'être ben, mais pas moi. »
puis à l'enquête *« ça va être long c't'affaire-là? ».*

Ensuite, à la réponse 14 :

« Vous avez des affaires bien compliqué ma ptite fille! Ma vie est pas compliquée de même! J'me suis occupée des enfants. Vous êtes-vous marié vous? Attendez d'avoir des enfants, vous allez voir! ».

Le test semble être perçu comme menaçant pour la participante qui adopte une position défensive (confirmé par une valeur Lambda de 1.50).

Parallèlement, Mme L cherche une réassurance auprès de l'examineur (réponses 4, 5, 6, 8, 10, 18 et 20) ou demande de l'aide à l'externe en mentionnant le nom des animatrices du centre communautaire (réponse additionnelle 7 et réponse 11). Par exemple à la réponse 18 :

« Là, ici, on dirait deux petites faces de petits bébés. Ben, en tout cas... Vous me dites ce que vous pensez de ça vous? ».

De plus, la participante présente une sensibilité à la séparation par une réaction à la dernière planche, réponse 17, une augmentation de la vitesse du débit verbale (la prise en note devient difficile pour l'examinatrice) et une augmentation du nombre de réponses (4 réponses à cette planche) comparativement aux autres planches :

« Oh! Oh... Shu... Tabernacle! »

Affects et capacités de mentalisation. L'analyse quantitative ne révèle pas la présence d'affect dépressif, de vulnérabilité, de forte pression ressentie, d'internalisation excessive des affects, de négativisme, de détresse émotionnelle ou de potentiel suicidaire.

Par contre, le protocole présente des formes d'inhibition de l'affect et des recours à la réalité externe avec des temps de latence importants suivis de réponses formelles ou de références personnelles (réponse 11, 13, 17), des phrases laissées en suspens (réponse 4, 7, 12) ou encore des réactions verbales (expressions, rires) et faciales (mimiques de

surprises, froncement des sourcils) comme aux réponses 12 et 17. Par exemple réponse 12 :

« Oh mon Dieu! Hey, vous en avez des questions embêtantes. (Rires) C'est comme deux figures qui... Non, mais, je sais pas. (...) ».

De plus, les détails saillants et en creux ne sont pas reconnus et donc non associés à des valeurs symboliques. Il n'y a pas non plus d'expression crue de la pulsion sexuelle. Enfin, l'agressivité est latente en raison des résistances de la participante comme déjà mentionnée. Cependant, la couleur rouge est associée à du sang à la réponse 3. De manière générale, on constate une forme de déni des pulsions et un échec de mentalisation.

Troisième cas clinique : Mme C

Présentation de la participante et événement de vie. Âgée de 68 ans, Mme C est mariée. Elle a trois enfants et pas de petits enfants. Elle rapporte entretenir une bonne relation avec son époux, mais des relations fragiles avec ses enfants. Retraitée depuis une année, elle travaillait comme agricultrice avec son époux et aussi comme bibliothécaire. La participante a obtenu un diplôme d'études collégiales de bibliothécaire et un baccalauréat en pédagogie. Elle considère bénéficier d'une bonne santé physique toutefois, il lui arrive de souffrir quelquefois de douleur physique avec une faible intensité (3/10). Elle souffre d'arthrite et de basse pression artérielle qui l'empêche un peu de mener ses activités habituelles. Elle rapporte également des allergies, des problèmes de cholestérol et des problèmes thyroïdiens, mais cela ne l'empêche pas de

mener ses activités habituelles. Par contre, elle a perdu l'audition d'une oreille et elle se plaint de problème de sommeil très fréquent. Enfin, Mme C se dit très satisfaite de sa situation financière.

Au cours de la dernière année, Mme C recense avoir vécu sept événements négatifs et huit événements positifs (ELQUEV). Les événements vécus négativement sont :

- une perte de l'audition;
- des difficultés de sommeil;
- davantage de dispute avec son conjoint;
- une diminution des relations sexuelles;
- des inquiétudes pour ses enfants;
- une diminution des contacts avec sa sœur;
- la perte d'un objet de valeur.

Les événements vécus positivement sont :

- un changement dans ses habitudes alimentaires;
- l'amélioration de santé d'un membre de la famille (son fils);
- la réussite professionnelle d'un membre de la famille (sa nièce);
- une réussite personnelle;
- une augmentation de sa participation à des activités communautaire;
- davantage d'heures de loisir (divertissement);

- des voyages, vacances;
- une amélioration de l'état des finances.

Fragilités narcissiques. Selon les indicateurs quantitatifs retenus, il n'y a pas de réponse reflet cependant, l'index d'égoïsme est supérieur à la normale. Cela indique la présence d'une préoccupation pour soi-même ou une insatisfaction personnelle. Concernant les capacités d'introspection, le nombre total de réponses (R = 14) est insuffisant pour pouvoir interpréter les résultats de cet indicateur. Enfin, Mme C n'est pas portée à avoir des inquiétudes sur le plan corporel ou une image de soi négative.

Parmi les indicateurs qualitatifs retenus, quatre sont présents dans ce protocole. Mme C utilise beaucoup la dénégation; tous les affects ou émotions dysphoriques sont énoncés négativement, et ce, à toutes les planches. Exemples, à la réponse 2 :

« Moi, j'y vois rien d'effrayant là-dedans », à la réponse 3 : « mais encore là, ce n'est pas triste »

Ou encore à la réponse 4 :

« Mais ça ne fait pas peur ».

De plus, une sensibilité à la couleur blanche est présente aux deux premières planches signe de vide, de carence affective ou de manque réactivées par ces planches. La réponse 1 inclut les espaces blancs (creux dans le milieu), alors que la réponse 2 indique la couleur blanche à l'enquête :

« (...) Quand on regarde une carte géographique, on dirait, c'est comme l'Alaska par exemple parce que c'est mon rêve d'y aller un jour. Des bouts qui s'avancent là, puis le blanc ici, c'est comme l'eau ».

Et enfin, la réponse 4 se situe dans l'espace blanc :

« (...) Puis, là au centre, c'est blanc, comme une ouverture, tu peux y aller, comme une invitation à y entrer ».

Ensuite, plusieurs réponses font référence aux caractéristiques symétriques des planches, signe de repli sur soi ou d'égoïsme. Comme à la réponse 1 :

« C'est symétrique là, dans le sens que, dans le centre, il y a une barre, on dirait que c'est bien partagé. ».

Dans les réponses 2, 5, 9, 11 et 14, la participante souligne l'aspect identique (ou la paire), exemple :

« C'est la même chose de chaque côté ».

À la réponse 2 et à la réponse 9 :

« Encore là, ils sont deux ».

Enfin, Mme C a tendance à insister sur le positif et à avoir recours à l'idéalisation (réponses 1,2, 6, 8, 9 et 10) qui peut être le signe d'une forme de lutte antidépressive.

Par exemple à la réponse 10 :

« Moi, je vois cela positif, il n'y a aucune menace. Les couleurs sont tellement belles. C'est un dessin inspirant. C'est apaisant aussi, car j'aime beaucoup les animaux. (Rire) Ça me fait rêver (rire) ».

Relations d'objet. Selon les indicateurs quantitatifs retenus, la participante ne présente pas d'immaturation relationnelle. Mme C n'est pas particulièrement prudente ou méfiante dans ses relations aux autres. Elle présente des compétences dans le domaine social et un intérêt pour autrui. Elle adopte généralement un rôle plutôt actif dans ses relations. Elle ne se perçoit pas isolée. Enfin, ses besoins affectifs sont reconnus et exprimés comme la plupart des gens.

Parmi les indicateurs qualitatifs retenus, deux sont présents ce protocole. Cinq réponses de type étayage sont relevées aux réponses 6, 10, 11, 13 et 14. Exemple :

« (...) J'aimerais être protégée par cette peau. Il me semble que je me sentirais bien. (Rire) ».

À la réponse 6 :

« (...) C'est peut-être parce que, ils veulent s'appuyer sur ce qui leur donne la sécurité (...) » réponse 10 et enfin la notion de « carapace » à la réponse 14.

Une sensibilité à la séparation est présente avec une certaine nostalgie d'une relation passée qui est exprimée à la réponse 8 :

« Surtout ça là, il me semble que je retrouve l'impression que j'avais quand j'ai touché à ce costume-là. C'est ça, ça fait appel à mes souvenirs. Parce que j'ai tellement eu une belle relation avec un amérindien micmac que, que pour moi, y'a aucune menace là, dans ce qu'il faisait. Il me semble que j'ai dû être amérindienne dans une autre vie! (Rire) Ça vient me chercher (émotion). ».

Ainsi qu'une augmentation du nombre de réponses à la dernière planche (3 réponses).

Affects et capacités de mentalisation. L'analyse quantitative ne révèle pas la présence d'affect dépressif, de vulnérabilité, de forte pression ressentie, d'internalisation excessive des affects, de négativisme, de détresse émotionnelle ou de potentiel suicidaire.

Par contre, le protocole présente des formes de réactions comportementales face aux planches (grimace temps de latence). Toutefois, les réponses ne sont pas uniquement formelles ce qui révèle une capacité d'élaboration face à l'inconfort ou au malaise ressenti initialement. L'utilisation fréquente de dénégation et d'idéalisation comme présentée ci-dessus montre une certaine rigidité des processus mentaux. Cependant ce protocole révèle également une capacité de liaison du contenu projeté à une représentation personnelle et une capacité de nommer l'affect angoissant. Cela est présent surtout aux deux dernières réponses :

« J'aurais tenté de dire, en voyant les sortes de tâches que ce doit être ça, le cancer de ma belle-sœur. C'est effrayant, mais c'est ça que ça m'inspire là. Les tâches représentent pour moi des bibittes? Bibittes qui s'attaquent toutes les unes aux autres. C'est juste ça que je vois. »

À la réponse 13 et à la réponse 14 :

« (...) Puis, ils ont l'air méchant. C'est la première fois, de tous les dessins, c'est celui-là qui me... Par contre, non. En les regardant davantage, ça nous fait peur, mais en même temps, ça nous fait mettre une image sur le fameux mot qu'on ne veut pas dire. Puis c'est rassurant, oui, ça me rassure. ».

Ainsi, malgré les mécanismes de défense présents, la participante montre des ressources d'élaboration mentale de l'affect avec un accès conscient et une capacité à tolérer à minima l'affect déplaisant.

De plus, les détails saillants ne sont pas reconnus et donc non symbolisés. Cependant, les détails en creux sont reconnus et associés à des valeurs symboliques (réponse 4 : « ouverture d'une caverne »). Il n'y a pas d'expression crue de la pulsion sexuelle ou agressive. La couleur rouge est associée à du sang à la réponse 3 ou à des décorations à la réponse 5. La mise en relation de différents contenus dans une forme de mouvement relationnel élaborée formant un tout cohérent révèle un accès à la symbolisation. Pour conclure, les mécanismes de défense empêchent en partie le processus de mentalisation malgré des ressources présentes.

Différences et similitudes

Les tableaux 4 et 5 présentent un récapitulatif des indicateurs des fragilités narcissiques et des relations d'objet (présents ou absents) déjà explicités dans les études de cas. Ces deux tableaux offrent une vision d'ensemble des trois protocoles et ils permettent de souligner les différences et les similitudes de résultat entre les trois participantes.

Tableau 4

Indicateurs des fragilités narcissiques

	Mme A ¹ (0031)	Mme L ² (0034)	Mme C ³ (0049)	Similitude/Différence
Index d'hypervigilance	Négatif	Négatif	Négatif	Similitude
Centration sur soi (reflets)	Absence	Absence	Absence	Similitude
Index d'égoïsme	Normal (0,43)	Supérieur (0,50)	Supérieur (0,57)	Différence
Capacité d'introspection	Peu d'introspection	Peu d'introspection	⁴	/
Inquiétude corporelle	Présence (An + Xy = 3)	Absence	Absence	Différence
Image de soi négative	Présence (Sum Mor = 4)	Absence	Absence	Différence
Dévalorisation de soi	Absence	Présence 5 réponses	Absence	Différence
Émotions et Affects dysphorique	Présence (3 réponses)	Présence (éviterment)	Présence (dénégation à toutes les planches)	Similitude, mais type d'expression différente
Sensibilité à la couleur grise et au noir	Absence	Absence	Absence	Similitude
Sensibilité à la couleur blanche	Absence	Absence	Présence (3 réponses)	Différence
Réponses mortifères et référence à la mort	Présence (4 réponses mortifères)	Présence (1 référence à la mort)	Absence	Différence
Investissement de la symétrie	Absence	Absence	Présence (6 réponses)	Différence

¹ Nombre total de réponses; R = 23.

² Nombre total de réponses; R = 20.

³ Nombre total de réponses; R = 14.

⁴ Nombre de réponses trop petit, pas d'interprétation possible.

Tableau 5
Indicateurs des relations d'objet

Indicateurs	Mme A (0031)	Mme L (0034)	Mme C (0049)	Similitude/ Différence
Indice d'incompétence sociale et hypervigilance	Normal et négatif	Normal et négatif	Normal et négatif	Similitude
Style relationnel	Actif	Actif	Actif	Similitude
Intérêt pour les autres	Présence	Présence	Présence	Similitude
Index d'isolement social	Présence (0,26)	Normal	Normal	Différence
Besoins affectifs	Normal	Inférieur (Sum T = 0)	Normal	Différence
Dépendance	Présence (Fd = 1)	Absence	Absence	Différence
Réponse étayage	Présence (7 réponses)	Présence (9 réponses)	Présence (5 réponses)	Similitude
Réponse fusion	Absence	Absence	Absence	Similitude
Vécu d'insatisfaction et de manque	Présence (1 réponse)	Absence	Absence	Différence
Sensibilité à la séparation	Présence (5 réponses)	Présence (4 réponses)	Présence (4 réponses)	Similitude

À propos de l'impact des affects ou des émotions sur le fonctionnement de la personne, tous indicateurs quantitatifs sont similaires pour les trois participantes. Il n'y a pas de différence entre les résultats des trois protocoles. Selon l'analyse quantitative, ces

indicateurs ne révèlent pas la présence d'affect dépressif, de vulnérabilité, de forte pression ressentie, d'internalisation excessive des affects, de négativisme, de détresse émotionnelle ou de potentiel suicidaire chez les participantes.

Par contre, l'analyse des données qualitatives des capacités de mentalisation révèle différents niveaux d'élaboration de l'affect et des capacités de mentalisation différentes selon les pulsions sexuelles ou agressives des trois participantes.

Plus précisément, pour l'élaboration mentale de l'affect, les trois participantes présentent des réactions comportementales ou verbales (exemple : expression de surprise, mimique, temps de latence, retourne la planche, etc.). Mme L a tendance à inhiber ou éviter tout affect déplaisant (exemple : elle ne termine pas ses phrases, change de sujet, répond de façon très formelle malgré des réactions comportementales marquées). Les deux autres participantes parviennent parfois à nommer l'inconfort de façon plus ou moins élaborée. Enfin, Mme C présente des ressources d'élaboration mentale de l'affect, mais elles seraient partiellement mises en échec par la rigidité des mécanismes de défense (dénégation et idéalisation).

Pour la représentation mentale des pulsions, les participantes présentent également trois niveaux différents. Le second protocole (Mme L) présente un évitement et un déni des pulsions sexuelles (détails saillants et en creux non reconnus) et agressives. Cette dernière se manifeste davantage dans la relation avec l'examineur. Le premier

protocole (Mme A) montre une reconnaissance des pulsions sexuelles, mais sans symbolisation et avec une expression crue. Les pulsions agressives sont partiellement perçues (couleur rouge) et inhibées (exemple : ne termine pas ses phrases). Enfin, le troisième protocole (Mme C) révèle une reconnaissance et une symbolisation des pulsions sexuelles uniquement en ce qui a trait à la féminité (détails en creux) et non à la masculinité (détails saillants). Les pulsions agressives sont perçues et symbolisées (exemple : couleur rouge, cancer) avec la présence de mouvement relationnelle formant un tout cohérent qui révèle un accès à la mentalisation.

En conclusion, pour un même niveau de dépression, les résultats au test de Rorschach permettent de cerner les particularités de chacune des participantes. Ainsi trois profils distincts se dégagent. Une participante présente des douleurs physiques importantes qui se traduisent psychiquement par des projections mortifères. Une autre participante se dévalorise et apparaît très défensive face au test de Rorschach. Enfin, la dernière participante se situe dans une forme de déni, fuite antidépressive avec des processus d'idéalisation.

Discussion

À partir d'études de cas multiples, cette recherche exploratoire vise à mieux comprendre les processus intrapsychiques présents au cours de la dépression chez les femmes âgées sans trouble cognitif et en bonne santé physique. Plus précisément, trois questions se dégagent :

- Qu'en est-il de l'atteinte narcissique de ces femmes?
- Quel en est l'impact dans les relations aux autres?
- Quelles sont les ressources d'élaboration mentale de l'affect et de représentation des pulsions?

Dans un premier temps, les résultats de la recherche présentés dans cette section permettent de préciser des processus intrapsychiques présents chez les trois participantes selon ces trois questions. Dans un second temps, les retombées de la recherche sont discutées. Enfin, dans un troisième temps, les forces et les limites de cette étude sont soulignées.

Discussion des résultats obtenus

Les résultats obtenus permettent de distinguer trois profils pour un niveau de dépression semblable : dépression légère pour les trois participantes avec des résultats très proches au BDI-II. Les résultats au test de Rorschach permettent de cerner les particularités de chacune des participantes. La dépression chez les femmes âgées est bien

multiple comme le décrit Clément et al. (2010) avec les différents « masques » de dépression. En effet, trois profils distincts se dégagent. Une participante présente des douleurs physiques importantes qui se traduisent psychiquement par des projections mortifères (Péruchon, 2005; Verdon, 2009). Une autre participante se dévalorise et apparaît très défensive face au test de Rorschach (Chabert, 2012; Verdon, 2012). Enfin, la dernière participante se situe dans une forme de déni, fuite antidépressive avec des processus d'idéalisation telle que décrit par Verdon (2012). Ainsi, les trois participantes présentent une variété dans leur fonctionnement psychique que l'on retrouve également dans la littérature. Les indicateurs retenus pour cette recherche révèlent leurs particularités avec leurs forces et leurs faiblesses. D'abord, un résumé des profils de chaque participante est présenté traitant chacune des questions. Puis, une synthèse des résultats selon les trois axes est proposée.

Profil des participantes

Mme A présente des douleurs physiques importantes. Elle souffre d'arthrite qui l'empêche de réaliser ses activités habituelles ainsi que des difficultés à marcher, des maux de dos, des problèmes urinaires et de l'ostéoporose. Ces difficultés nuisent grandement à sa qualité de vie et ont un impact néfaste sur son humeur. Cependant, elle bénéficie de soutien au centre communautaire qu'elle fréquente où elle a augmenté son investissement (plus de participation et de temps de loisir). Elle a également vécu des réussites sur le plan personnel et familial qui lui apporterait un certain réconfort. Les

résultats obtenus confirment la présence d'une préoccupation corporelle importante avec des douleurs physiques qui engendrent une souffrance.

Pour répondre à la première question (l'atteinte narcissique) : Mme A présente une image de soi négative et un point de vue pessimiste avec des affects tristes. Pour répondre à la seconde question : cette atteinte narcissique se caractérise sur le plan des relations d'objet soit par un isolement soit par un besoin important de soutien, d'étayage. Mme A présente également des comportements de dépendance et de réassurance ainsi qu'une sensibilité à la séparation. Enfin, pour répondre à la troisième question, les résultats montrent la présence de ressources intrapsychiques et de capacités de mentalisation. Toutefois, Mme A présente une forme de fuite, mise à distance ou des réticences face au test. L'analyse du protocole révèle également des ressources concernant ses capacités d'élaboration mentale avec une possibilité de verbaliser l'inconfort dans une certaine mesure. Cependant, le processus de mentalisation des pulsions est mis en échec par des réponses crues ou peu symbolisées à valeur sexuelle. Ce cas illustre l'importance du vécu corporel en lien avec des douleurs physiques qui se traduisent psychiquement par des projections mortifères comme mentionner par Péruchon (2005) et Verdon (2012).

Mme L vit des difficultés de sommeil et non de dépression malgré la présence de symptômes de dépression légère. Elle a vécu deux événements négatifs significatifs : la perte de son cousin (décès) et la maladie d'un proche. Mme L a choisie de diminuer son

implication dans les activités communautaires et son temps de loisir. Cependant, ces diminutions sont vécues positivement par la participante. Elle est également très heureuse du retour de sa fille dans la région et de sa présence.

Pour répondre à la première question (l'atteinte narcissique) : les résultats obtenus montrent la présence d'une préoccupation plus marquée pour soi-même ou une insatisfaction personnelle. La participante est moins portée à la conscience de soi que la plupart des gens (défaut d'introspection) qui pourraient expliquer la non-reconnaissance des symptômes dépressifs. Elle semble même éviter les affects dysphoriques. Elle a également tendance à se dévaloriser. Pour répondre à la seconde question : cette atteinte narcissique se caractérise sur le plan des relations d'objet par une certaine prudence ou méfiance dans ses relations aux autres, surtout dans l'intimité. L'analyse qualitative du protocole révèle une certaine réticence et une agressivité latente. La situation d'évaluation semble être perçue comme menaçante par Mme L qui adopte une position défensive. Parallèlement, elle cherche une réassurance auprès de l'examineur et un soutien externe. Une sensibilité à la séparation est également présente. Pour répondre à la troisième question : les résultats montrent une faiblesse concernant les ressources intrapsychiques disponibles et les capacités de mentalisation. Mme L donne des réponses peu élaborées et souvent de nature formelle, peu courante voir inhabituelle. On peut alors supposer une carence sur le plan imaginaire et un échec des processus de mentalisation avec une forme de déni des pulsions ou une forte résistance par rapport à la situation d'évaluation. Ce cas illustre la non-reconnaissance des affects dépressifs soit

par des mécanismes de défense de type déni soit par un défaut d'introspection, l'atteinte narcissique par la dévalorisation de soi et une attitude défensive face au test de Rorschach et plus généralement une certaine méfiance dans ce contexte d'évaluation. Ces éléments ont été notamment décrits par Chabert (2012) et Verdon (2012).

Mme C est la plus jeune des participantes (68 ans). Elle est également la seule à vivre avec son époux (Mme A et Mme L sont veuves) toutefois, elle rapporte des conflits et une diminution des relations sexuelles. Mme C exprime également des inquiétudes pour ses enfants et elle déplore une diminution de contacts avec sa sœur. Elle rapporte vivre des difficultés de sommeil, une perte d'audition et la perte d'un objet de valeur qui l'attriste. Par contre, elle mentionne de nombreux événements vécus positivement comme des changements dans ses habitudes alimentaires (plus saines), des réussites sur le plan personnel et familial, une amélioration de l'état de santé de son fils, une amélioration de l'état des finances, des voyages, davantage de temps consacré aux loisirs et une augmentation de sa participation à des activités communautaires.

Pour répondre à la première question (l'atteinte narcissique) : les résultats obtenus montrent la présence d'une préoccupation plus marquée pour soi-même ou une insatisfaction personnelle. Mme C fait référence à l'aspect symétrique et identique des planches signe de repli sur soi ou d'égoïsme. Une sensibilité à la couleur blanche révèle une problématique narcissique par des expériences de manque ou des carences affectives. Enfin, le protocole est caractérisé par beaucoup de dénégation; tous les

affects ou émotions dysphoriques sont énoncés négativement, et ce, à toutes les planches. Mme C insiste fortement sur l'aspect positif des contenus perçus allant jusqu'à une idéalisation. Pour répondre à la seconde question : cette atteinte narcissique se caractérise sur le plan des relations d'objet, par un besoin d'étayage et de soutien et une sensibilité à la séparation. Pour répondre à la troisième question : les résultats montrent un accès à la symbolisation et des ressources d'élaboration mentale. Les mécanismes de défense (la dénégation et l'idéalisation) utilisés de manière rigide empêchent en partie le processus de mentalisation malgré des ressources présentes. D'une part, ce cas illustre une certaine carence, manque affectif ou sentiment de vide avec un repli sur soi comme relevé par Chabert (2012). D'autre part, il dévoile également la présence de défense maniaque, de lutte antidépressive avec des réponses trop positives et empreintes d'idéalisation tel qu'explicité par Verdon (2012).

Synthèse de l'analyse des trois cas

Tout d'abord, les indicateurs quantitatifs indiquent que ces trois femmes ne souffrent pas de psychopathologie sévère. En effet, elles souffrent de dépression légère. Les indicateurs qualitatifs sont complémentaires aux indicateurs quantitatifs et ils offrent la possibilité de préciser le fonctionnement psychique de manière plus détaillée. La synthèse de l'analyse des trois cas est présentée selon les trois axes de recherche.

D'une part, d'après les résultats au test de Rorschach, les trois participantes présentent des similitudes. Les participantes ne présentent pas d'hypervigilance ni de

sensibilité aux couleurs gris et noir. En ce qui concerne la centration sur soi, il n'y pas de reflets dans les protocoles des trois participantes par contre deux des participantes présentent un index d'égoïsme supérieur à la normal indiquant la présence d'une préoccupation pour soi-même ou une insatisfaction personnelle voir une atteinte de l'estime de soi. Les autres indicateurs montrent qu'il y a effectivement des fragilités narcissiques présentes pour chaque participante, mais de différentes formes telles qu'une image de soi négative, une dévalorisation de soi, un repli sur soi ou encore une idéalisation. L'une des participantes présente une sensibilité à la couleur blanche signe de vide, de carence affective ou de manque. Enfin, les trois participantes présentent des émotions et affects dysphoriques également sous différentes formes d'expression (tristesse, souffrance, évitement ou déni). De plus, un certain équilibre dans les événements de vie vécus négativement et positivement (questionnaire ELQUEV) est constaté. En effet, au cours de la dernière année, Mme A et Mme L rapportent autant d'événements vécus négativement que positivement. Pour Mme C la différence n'est que d'un seul événement (sept événements négatifs et huit événements positifs). À partir des travaux de Bianchi (1987, 1989), on peut soulever l'hypothèse que les événements de vie vécus positivement permettent en partie de maintenir le narcissisme du sujet (image du réservoir narcissique pour le Moi). Les événements vécus positivement pourraient agir comme facteur de protection et apporter un équilibre par rapport aux événements vécus négativement. Cependant, la nature des événements est importante, on ne peut pas se fier seulement au nombre des événements. Bianchi (1987, 1989), souligne

également la nécessité d'un environnement valorisant et soutenant afin de maintenir le narcissisme du sujet malgré les pertes.

D'autre part, comme présenté dans le contexte théorique, narcissisme et relation d'objet sont ainsi intimement liés et peuvent s'influencer l'un, l'autre. On relève des similitudes dans les résultats au test de Rorschach. Les trois participantes ne présentent pas d'hypervigilance, de méfiance ou d'incompétence sur le plan social. Elles ont des ressources dans ce domaine, un intérêt pour les autres et elles présentent un style relationnel actif. Par contre l'une des participantes se sentirait davantage isolée avec un vécu d'insatisfaction ou de manque sur le plan des relations. Enfin, une sensibilité à la séparation et des réponses de type étayage (fragilité, demande d'aide, de soutien, de réassurance, etc.) sont présentes dans les trois protocoles. Ce résultat confirme la présence d'un besoin de soutien important et une certaine vulnérabilité sur le plan narcissique comme le décrit Bianchi (1987, 1989) et Verdon (2012).

Enfin, concernant les ressources d'élaboration mentale de l'affect et de représentation des pulsions, les résultats révèlent une différence entre l'analyse quantitative et qualitative. À propos de l'impact des affects ou des émotions sur le fonctionnement de la personne, tous les indicateurs quantitatifs (Exner, 2003) sont similaires pour les trois participantes. Il n'y a pas de différence entre les résultats des trois protocoles. Les indicateurs retenus « ne cotent pas ». On peut mettre cela en lien avec les résultats semblables au BDI-II (dépression légère pour les trois participantes).

En effet, ces trois femmes ne souffrent pas de psychopathologie sévère. On peut supposer qu'avec des participantes présentant un niveau plus élevé de dépression, plus d'indicateurs quantitatifs seront positifs concernant les affects. Par contre, sur le plan qualitatif (De Tychey, 2012), on observe la présence d'un défaut ou une mise en échec des processus de mentalisation. Selon les travaux de De Tychey (2012), les participantes montrent des difficultés à tolérer et traiter les affects de déplaisir générés par l'angoisse ainsi qu'à réguler les conflits qu'elle peut susciter. La représentation mentale des pulsions qu'elles soient sexuelles ou agressives est également déficitaire dans les trois protocoles. On observe toutefois différents niveaux d'élaboration selon les ressources des participantes. En effet, les résultats de Mme A montrent des expressions crues des pulsions sexuelles. Pour Mme L, une position défensive entrave l'analyse, mais un évitement et un déni des pulsions sont probables. Enfin, les résultats de Mme L montrent que des défenses rigides viennent entraver le processus de mentalisation malgré plusieurs indices de capacité d'élaboration et de mentalisation. Ces résultats sont importants afin de bien cerner les forces et faiblesses des processus intrapsychiques des participantes afin de pouvoir proposer un traitement adapté selon le niveau d'élaboration mentale de l'affect et de représentation des pulsions.

Pour conclure, ces résultats confirment l'importance de ces trois axes (narcissisme, relations d'objet et processus d'élaboration mentale) qui sont en interrelation afin de mieux comprendre les spécificités du fonctionnement psychique de ces trois femmes. On constate dans cette recherche que les deux premières questions sont liées : l'atteinte

narcissique des participantes a un impact sur leurs relations d'objet qui peut alors nuire encore plus à leur narcissisme (exemple : l'isolement, besoin de soutien et d'étayage). Concernant les capacités de mentalisation, on peut supposer qu'une richesse des processus de représentation mentale de l'affect associée à des capacités de représentation des pulsions est un facteur de protection concernant le risque de dépression ainsi que son degré de sévérité. En effet, on peut penser qu'avec de telles ressources, le fonctionnement psychique sera plus en mesure d'élaborer les pertes, deuils et les affects dépressifs tout en préservant le narcissisme du sujet et ses relations aux autres.

Retombées cliniques de la recherche

Cette recherche apporte une compréhension des processus intrapsychiques enjeux lors de la dépression chez trois femmes âgées et montre la diversité des symptômes qui peuvent en découler. Elle contribue ainsi à l'avancement des connaissances dans ce domaine. Plus précisément, les résultats attestent que le test de Rorschach est un outil pertinent afin d'analyser le fonctionnement psychique, et ce, dans un contexte de dépression, chez des sujets âgés (sans troubles cognitifs) comme l'annonçaient Hayslip et Lowman (1986). De plus, les résultats montrent que l'analyse qualitative est nécessaire afin de préciser les processus intrapsychiques des participantes. La convergence d'indice entre l'analyse qualitative et quantitative apporte une complémentarité nécessaire à la compréhension du fonctionnement psychique du sujet. La recherche montre ainsi l'importance de ces indicateurs tant qualitatifs que quantitatifs. En effet, on peut penser que l'analyse des indicateurs retenus autour des

trois axes développés dans cette étude permettra d'ajuster les interventions cliniques en fonction de la dynamique de la personne (ses ressources et ses difficultés). Si nécessaire, le clinicien pourra adapter le suivi ou donner des recommandations en s'appuyant sur les forces ou les ressources disponibles de la personne âgée qui souffre de dépression tout en travaillant sur ses difficultés afin de traiter la dépression sur le long terme. Nous supposons que plus le degré de sévérité de dépression est important (c'est-à-dire : modéré ou sévère) plus l'analyse des indicateurs et l'ajustement des interventions en fonction de ces résultats seront utiles pour le clinicien et pourront ainsi augmenter l'efficacité du traitement et son maintien au long cours.

Enfin, une meilleure détection et compréhension des dépressions chez les personnes âgées permettraient de minimiser les conséquences néfastes et les répercussions du vieillissement démographique sur les régimes de santé et l'économie de la société canadienne. Ainsi, l'augmentation du besoin de soutien et d'étayage à ce moment de la vie qui est relevée dans cette recherche peut facilement être comblée par des organismes communautaires qui proposent des groupes d'activité pour les aînés. Ces organismes et centres communautaires ont également un rôle de prévention par exemple en favorisant la socialisation (création d'un réseau) et d'orientation en cas de difficultés plus sévères. Il est donc recommandé de développer de tels services et d'encourager les aînés à les utiliser, car ils constitueraient un facteur de protection (Clément et al., 2010).

Forces et limites de la recherche

Cette recherche a été réalisée avec rigueur tant dans le processus de sélection des participantes que dans l'analyse des protocoles de Rorschach comme présentée dans la section méthode. Une attention particulière a été portée sur les habiletés intellectuelles (test cognitif), la santé physique et les déficits visuels afin de pouvoir interpréter les protocoles du test de Rorschach en limitant ces biais. Concernant l'analyse des protocoles, l'ensemble des résultats tant quantitatifs que qualitatifs de chaque participante ont été vérifiés et discutés par deux chercheurs (la responsable¹ et la directrice² de la recherche). Le choix des axes de la recherche qui ressortaient du contexte théorique et des indicateurs retenus pour chaque axe a également fait l'objet d'échanges. Les indicateurs sélectionnés sont issus des recherches d'auteurs clés dans le domaine : Chabert, De Tychev, Exner et Verdon. De plus, cette multi-méthode, avec l'utilisation de plusieurs types de test (données d'anamnèse, tests auto-rapportés, test projectif), offre une vision à la fois globale et détaillée de chaque individu. Enfin, cette recherche favorise une réflexion sur le plan clinique.

Cependant, il s'agit ici d'une étude exploratoire avec trois cas cliniques. Une étude avec un nombre plus grand de participantes et avec différents degrés de dépression (légère, modéré et sévère) permettrait d'approfondir cette réflexion et d'apporter davantage d'éléments concernant les trois axes de cette recherche (narcissisme, relation d'objet et capacités de mentalisation) et leurs interrelations. En effet, le fait que les trois

¹ Mme Ameline Dupont, doctorante en psychologie (D.Ps).

² Mme Suzanne Léveillé (Ph.D.), professeure au Département de psychologie, UQTR.

participantes aient un niveau de dépression semblable (légère) est le fruit du hasard. On peut se demander si un niveau de dépression plus élevé aurait un impact plus important sur l'atteinte narcissique et les relations d'objet en lien avec des capacités de mentalisation plus amoindries. Une étude sur un plus long terme avec le recueil des données concernant l'évolution des participantes selon les indicateurs retenus et le niveau de dépression pourrait être intéressante. En effet, cela permettrait notamment d'approfondir le troisième axe de cette recherche portant sur les capacités de mentalisation en terme de pronostique et d'évolution des symptômes dépressifs en fonction des niveaux d'élaboration mentale des affects et de représentation des pulsions.

Conclusion

Cette étude exploratoire a permis de cibler trois axes d'analyse : les fragilités narcissiques, l'impact sur les relations d'objet et les capacités de mentalisation à partir des protocoles du test de Rorschach de trois femmes âgées présentant une dépression sans trouble cognitifs et en bonne santé physique. En effet, le test du Rorschach permet de mettre en lumière les problématiques et les processus intrapsychiques du sujet âgé tout en respectant ses mécanismes de défense. Les résultats révèlent trois profils différents malgré un indice de dépression similaire. Une participante présente des douleurs physiques importantes qui se traduisent psychiquement par des projections mortifères. Une autre participante se dévalorise et apparaît très défensive face au test de Rorschach. Enfin, la dernière participante se situe dans une forme de déni, fuite antidépressive avec des processus d'idéalisation. Le test de Rorschach permet ainsi de cerner les particularités de chacune des participantes. Plus précisément, l'analyse de ces résultats indique que les trois participantes présentent des fragilités narcissiques qui s'expriment sous différentes formes telles qu'une image de soi négative, une tendance à la dévalorisation ou encore un repli sur soi. Pour les trois participantes, cette vulnérabilité narcissique s'exprime dans les relations aux autres par un besoin important de soutien et d'étayage ainsi qu'une sensibilité à la séparation. Enfin, les capacités de mentalisation sont également diversifiées pour les trois participantes qui présentent différents niveaux d'élaboration psychique de l'affect et de représentation des pulsions.

Références

- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd.). Paris, France : Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5* (5^e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Ackin, M. W., Mcdowell, C. J., & Orndoff, S. (1992). Statistical power and the Rorschach: 1975-1991. *Journal of Personality Assessment*, 59(2), 366-379.
- Anzieu, D., & Chabert, C. (1987). *Les méthodes projectives* (8^e éd.). Paris, France : Presses universitaires de France.
- Balier, C. (1979). Pour une théorie narcissique du vieillissement. *L'Information Psychiatrique*, 55, 635-645.
- Balier, C. (1982). Des changements de l'économie libidinale au cours du vieillissement. Dans J. Guillaumin & H. Reboul (Éds), *Le temps et la vie : les dynamismes du vieillissement* (pp. 63-69). Lyon, France : Chronique Sociale.
- Baudin, M. (2005). Vieillir au Féminin. *Psychologie clinique et projective*, 11, 277-288.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Inventaire de dépression de Beck, manuel* (2^e éd.). Toronto : The Psychological Corporation.
- Bergeret, J. (1982). La deuxième crise d'adolescence : Sénescence et crise d'identité. Dans J. Guillaumin & H. Reboul (Éds), *Le temps et la vie : les dynamismes du vieillissement* (pp. 71-78). Lyon, France : Chronique Sociale.
- Bergeret-Amselek, C. (2009). *La vie à l'épreuve du temps*. Paris, France : Desclée de Brouwer.
- Bianchi, H. (1987). *Le Moi et le temps*. Paris, France : Dunod.
- Bianchi, H. (1989). *La question du vieillissement : perspectives psychanalytiques*. Paris, France : Dunod.
- Bloch, H. (2011). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris, France : Larousse.

- Bouvard, M., & Cottraux, J. (2010). *Protocole et échelle d'évaluation en psychiatrie et psychologie* (5^e éd.). Issy-les-Moulineaux, France : Masson.
- Bravo, G., & Hébert, R. (1997). Age and education specific reference values for the mini mental and modified mini mental state examinations derived from a non demented elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 1008-1018.
- Cariou, M. (1995). *Personnalité et vieillissement*. Paris, France : Delachaux et Niestlé.
- Chabert, C. (1998). *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach* (2^e éd.). Paris, France : Dunod.
- Chabert, C. (2012). *Le Rorschach en clinique adulte* (3^e éd.). Paris, France : Dunod.
- Charazac, P. (2005). *Comprendre la crise de la vieillesse*. Paris, France : Dunod.
- Charazac, P. (2011). *L'aide-mémoire de psychogériatrie*. Paris, France : Dunod.
- Charazac-Brunel M. (2002). *Prévenir le suicide : clinique et prise en charge*. Paris, France : Dunod.
- Clément, J. P. (2010). Personnalité et troubles de la personnalité (Effet du vieillissement sur la personnalité). Dans J. P. Clément (Éd.), *Psychiatrie de la personne âgée* (pp. 366-376). Paris, France : Flammarion.
- Clément, J. P., Nubukpo, P. H., & Bonin-Guillaume, S. (2010). Pathologie dépressive. Dans J. P. Clément (Éd.), *Psychiatrie de la personne âgée* (pp. 141-158). Paris, France : Flammarion.
- Corruble, E. (2013). Deuil et dépression : évolution du DSM-5. *Annales médico-psychologiques*, 171, 168-171.
- Crombecque, A. (1990). Investigation en psychologie clinique et vieillissement : réflexion critique à partir et autour de la pratique des tests projectifs. *Psychologie médicale*, 22(7), 633-636.
- Crum, R. M., Anthony J. C., Bassett, S. S., & Folstein, M.-F. (1993). Population based norms for the mini-mental state examination by age and educational. *JAMA*, 269, 2386-2391.
- Derouesné, C., Poitrenaud, J., Hugonot, L., Kalafat, M., Dubois, B., & Laurent, B. (1999). Le Mini-Mental State Examination (MMSE) : un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. *La Presse Médicale*, 28(21), 1141-1148.

- De Tychey, C. (2012). *Le Rorschach en clinique de la dépression adulte*. Paris, France : Dunod.
- Douville, O. (2001). Mélancolie d'involution ou démence chez la personne âgée? De la pertinence du Rorschach pour une clinique différentielle. *Bulletin de psychologie*, 54(5), 573-579.
- Exner, J. E. (2002). *Manuel de cotation du Rorschach pour le système intégré* (4^e éd.). Paris, France : Frison-Roche.
- Exner, J. E. (2003). *Manuel d'interprétation du Rorschach en système intégré*. Paris, France : Frison-Roche.
- Fasse, L., Flahault, C., Brédart, A., Dolbeault, S., & Sultan, S. (2012). Deuil et vulnérabilité psychique chez les personnes âgées. *Psycho-Oncologie*, 6(4), 231-244.
- Ferrey, G., & Le Gouès, G. (2008). *Psychopathologie du sujet âgé*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.
- Freud, S. (1932). Nouvelles suites des leçons d'introduction à la psychanalyse. Dans S. Freud, A. Bourguignon, P. Cotet, & J. Laplanche (Éds), *Œuvres Complètes : psychanalyse* (Vol. IX, pp. 140-163). Paris, France : Presses universitaires de France.
- Freud, S. (1937). L'analyse sans fin et l'analyse avec fin. Dans S. Freud (Éd.), *Résultats, idées, problèmes* (vol. II, pp. 231-268). Paris, France : Presses universitaires de France.
- Gross, A., Newton, R. R., & Brooks, R. B. (1990). Rorschach responses in healthy, community dwelling older adults. *Journal of Personality Assessment*, 55, 335-343.
- Hayslip, B., & Lowman, R. L. (1986). The clinical use of projective techniques with the aged. A critical review and synthesis. *Clinical Gerontologist*, 5, 63-93.
- Hébert, R., Bravo, G., & Girouard, D. (1992) Validation de l'adaptation française du Modified Mini-Mental State (3MS). *Revue de Gériatrie* 17(8), 443-450.
- Herfray, C. (2007). *La vieillesse en analyse*. Ramonville Saint-Agnès, France : Érès.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research* 11(2), 213-218.

- Hudon, C., Potvin, O., Turcotte, M. C., D'Anjou, C, Dubé, M., Préville, M., & Brassard, J. (2009). Normalisation du Mini-Mental State Examination (MMSE) chez les Québécois francophones âgés de 65 ans et plus et résidant dans la communauté. *La revue canadienne du vieillissement*, 28(4), 347-357.
- Insula, A. M., & Loza, S. M. (1986). Psychometric patterns on the Rorschach of healthy elderly persons and patients with suspected dementia. *Perceptual and Motor Skills*, 63, 931-936.
- Kiyak, A., Liang, J., & Kahana, E. (1976). A methodological inquiry into the schedule of recent life events. Dans D. J. Mangen & W. A. Peterson (Éds), *Research instruments in social gerontology, Clinical and social psychology*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1967). *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Paris, France : Presse universitaire de France.
- Le Gouès, G. (2000). *L'âge et le principe de plaisir*. Paris, France : Dunod.
- Mattlar, C. E., Carlsson, A., Forsander, C., Karppi, S. L., & Helenius, H. (1992). Rorschach and old age; personality characteristics for a group of physically fit 80 year old men. *British Journal of Projective Psychology*, 37(2), 41-51.
- Mattlar, C. E., Knuts, L. R., & Virtanen, E. (1985). Personality structure of the Rorschach for a group of healthy 71-year-old females and males. *Projective Psychology and Personality Study*, 30(1), 3-8.
- Monfort, J. C., & Hazif-Thomas C. (2010). Pathologie névrotique, régressive et caractérielle. Dans J. P. Clément (Éd.), *Psychiatrie de la personne âgée* (pp. 204-235). Paris, France : Flammarion.
- Muzio, E., Andronikof, A., David, J. P., & Di Menza, C. (2001). L'intérêt du test du Rorschach (Système Intégré) dans l'évaluation psychométrique en gériatrie : exemple de la démence de type Alzheimer. *La revue de gériatrie*, 26(2), 121-130.
- Muzio, E., & Luperto, L. (1999). Démence et fonctionnement de la personnalité à travers le Rorschach chez un groupe de femmes âgées hospitalisées. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 49(3), 227-236.
- Parker, K. (1983). A meta-analysis of the reliability and validity of the Rorschach. *Journal of Personality Assessment*, 47(3), 227-231.

- Pertchik, K., Shaffer, T., Erdberg, P., & Margolin, D. I. (2007). Rorschach comprehensive system data for a sample of 52 older adult non patients from the Unites States. *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 166-173.
- Péruchon, M. (2002). La névrose dans le grand âge à l'appui d'épreuves projectives. *Cahiers de psychologie clinique*, 18, 45-56.
- Péruchon, M. (2005). Les compétences somato-psychiques au cours du vieillissement et de la vieillesse. Dans J. M. Taplin (Éd.), *Cinq paradigmes cliniques du vieillissement* (pp. 22- 45). Paris, France : Dunod.
- Poitrenaud, J., & Moreaux, C. (1975). Réponses données au test de Rorschach par un groupe de sujets âgés, cliniquement normaux. Analyse quantitative des protocoles en fonction de l'âge. *Revue de psychologie appliquée*, 25(4), 267-284.
- Ranty, Y., Machemy, A., & Nubukpo, P. H. (2010). Troubles somatoformes, somatisations et pathologie psychosomatique. Dans J. P. Clément (Éd.), *Psychiatrie de la personne âgée* (pp.293-298). Paris, France : Flammarion.
- Reichlin, R. E. (1984). Current perspectives on Rorschach performance among older adults. *Journal of Personality Assessment*, 48, 71-81.
- Richelle, J. (2009). *Manuel du test de Rorschach, approche formelle et psychodynamique*. Bruxelles, Belgique : De Boeck Université.
- Sciara, A. D. (1996). *Interscorer agreement. Recent finding concerning Rorschach comprehensive system interscore agreement*. Communication présentée au Congrès international du Rorschach et des méthodes projectives, Juillet 1996, Boston, États Unis.
- Talpin, J. M. (2005). Les structures psychiques à l'épreuve du vieillissement. Dans J. M. Taplin (Éd.), *Cinq paradigmes cliniques du vieillissement* (pp. 1-21). Paris, France : Dunod.
- Thomas, P. H., Hazif-Thomas, C., Passat, N., & Pareaud, M. (2010). Pathologie du deuil, trouble de l'adaptation. Dans J. P. Clément (Éd.), *Psychiatrie de la personne âgée* (pp. 299- 306). Paris, France : Flammarion.
- Valente-Torre, L. (1993). Au bout de la vie : le test de Rorschach appliqué à des sujets nonagénaires non détériorés. *Bulletin de la société du Rorschach et des méthodes projectives de langue française*, 37, 195-204.

- Verdon, B. (2003a). Le traitement des affects dépressifs dans le fonctionnement narcissique à l'épreuve du vieillissement : apports de la méthodologie projective. *Bulletin de psychologie*, 56, 655- 665.
- Verdon, B. (2003b). Le paradigme de la névrose à l'épreuve du temps. Remarques à propos de la question de la névrose actuelle. *Champs psychosomatique*, 30, 83-100.
- Verdon, B. (2004). Souffrance névrotique chez le sujet vieillissant. *Cahier de psychologie clinique*, 23, 35-57.
- Verdon, B. (2006). Masochisme et angoisse de perte de l'objet : figure de la psychopathologie de la plainte mnésique. *Psychologie clinique et projective*, 12, 119-154.
- Verdon, B. (2008). Perdre, manquer, renoncer. Dépressivité, conflictualité névrotique et traversée du vieillissement. *L'encéphale*, 34, 561-564.
- Verdon, B. (2009). Le corps âgé : dynamisme et fragilité des destins pulsionnels à l'épreuve du vieillissement. *Psychologie clinique et projective*, 15, 119-143.
- Verdon, B. (2012). *Cliniques et psychopathologie du vieillissement*. Paris, France : Dunod.
- Vézina, J., Cappeliez, P. H., & Landreville, P. H. (2007). *Psychologie gériatrique* (2^e éd.). Montréal, Canada : Gaëtan Morin éditeur.
- Villa, F. (2010). *La puissance du vieillir*. Paris, France : Presse universitaire de France.
- Winnicott, D. W. (2000). La crainte de l'effondrement. Dans D. W. Winnicott (Éd.), *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques* (pp. 205-216). Saint-Armand, France : Gallimard.

Appendice A
Certificat éthique

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : Évaluations des enjeux dépressifs chez les femmes âgées

Chercheurs : Améline Dupont
Département de psychologie

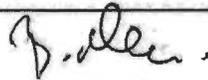
Organismes : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CER-11-171-06.06

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 26 août 2014 au 26 août 2015

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage :

- à aviser le CER par écrit de tout changement apporté à leur protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- à procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- à aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- à faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.



Bruce Maxwell
Président du comité



Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Appendice B
Formulaires de consentement

LETTRE D'INFORMATION

Invitation à participer au projet de recherche : Évaluation des enjeux dépressifs chez les femmes âgées.

Chercheuse principale : Ameline Dupont
Doctorante en psychologie
Profil intervention
Université du Québec à Trois-Rivières

Directrice de la recherche : Suzanne Léveillé, Ph. D.
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières
Tel. 819-376-5011 poste 3519

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre la dépression chez les femmes âgées de 65 ans et plus, serait grandement appréciée.

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre la dépression chez les femmes âgées de 65 ans et plus, serait grandement appréciée.

Objectifs

Les objectifs de ce projet de recherche sont de mieux comprendre les enjeux dépressifs chez les femmes âgées de 65 ans et plus afin d'aider à mieux traiter et accompagner ces personnes. Pour cela, nous allons comparer des tests de personnes souffrant de dépression et d'autres ne souffrant pas de dépression. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision libre et éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de vous décider.

Tâche

Cette étude est la suite de l'étude menée par Sylvie Lapierre. Votre participation à ce projet de recherche consiste à participer à **une entrevue supplémentaire d'une durée moyenne d'1h30** pour réaliser deux tests : un questionnaire sur les événements de vie et le test de Rorschach (souvent appelé test des taches d'encre). Cette entrevue aura lieu ici même (même endroit que l'entrevue actuelle). Si vous êtes volontaire, nous vous rappellerons d'ici une semaine pour fixer un rendez-vous. Nous vous demandons

aussi d'autoriser les chercheurs de l'étude principale à nous transmettre les résultats aux questionnaires que vous venez de remplir (uniquement ceux du pré-test de l'étude principale). Il n'y aura pas ici de réévaluation en post-test comme dans l'étude principale.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ 1h30, demeure le seul inconvénient. Cependant, certaines personnes peuvent éprouver des émotions lors de l'entrevue. L'interviewer est une étudiante de doctorat en psychologie, elle est habilitée à percevoir et aider la personne dans l'éventualité peu probable où des émotions négatives surgiraient. Dans le cas où cela s'avérerait nécessaire, toutes les participantes pourront bénéficier au besoin des services du centre Universitaire de Service Psychologique (CUSP) et des services des Centres de prévention du suicide (CPS). Ces derniers proposent une permanence téléphonique au 1-886-APPELLE ou 1-886-277-3553, et ce, 24h/24, 7jours/7.

Bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de la dépression chez les femmes âgées de 65 ans et plus est le seul bénéfice direct prévu à votre participation. Pour vous dédommager du temps que vous accorderez à ce projet et des déplacements que vous aurez à effectuer pour y participer, une compensation symbolique de 20 \$ vous sera remise lors de la rencontre.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'essai, d'articles, de communications, ne permettront pas d'identifier les participantes. Ainsi, un numéro sera utilisé à la place du nom des participantes sur les questionnaires et tests de façon à ce que seules la directrice et la responsable de la recherche puissent l'identifier. Le formulaire de consentement sera placé à part dans un classeur sous clé. Les données recueillies seront conservées sous clé au laboratoire de méthodes projectives de l'UQTR (local 2053A) et les seules personnes qui y auront accès seront l'équipe de recherche. Elles seront détruites dans un maximum de 5 ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

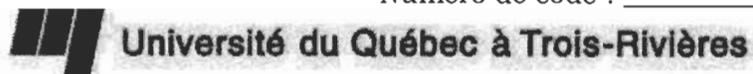
Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Le chercheur se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

Directeur de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Suzanne Léveillé : professeure, Département de psychologie ou Micheline Dubé : professeure associée, Département de psychologie, responsable du recrutement des participants, dans l'étude principale et le présent volet.

Numéro de code : _____



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir pris connaissance du document d'information et avoir été suffisamment informée du projet de recherche « *Évaluation des enjeux dépressifs chez les femmes âgées* ». J'ai bien compris ce que ma participation à cette recherche implique pour moi. En toute connaissance et en toute liberté, j'accepte d'y participer et j'autorise la responsable à utiliser les résultats de ma participation selon les informations fournies. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

Signature du participant

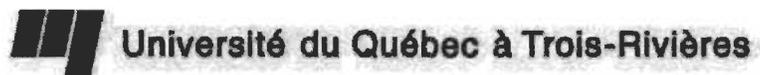
Engagement des chercheuses

Nous, Suzanne Léveillé, professeure-chercheuse au Département de psychologie de L'Université du Québec à Trois-Rivières, directrice de la recherche et Ameline Dupont, doctorante en psychologie profil intervention, responsable de la recherche, nous engageons à procéder à cette étude portant sur « *Évaluation des enjeux dépressifs chez les femmes âgées* » conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Suzanne Léveillé, Ph. D.
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières
Tel. 819-376-5011 poste 3519

Ameline Dupont
Doctorante en psychologie
profil intervention UQTR

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

**AUTORISATION D'ENREGISTREMENT AUDIO**

Dans le cadre de l'entrevue de ce jour, j'accepte que le verbatim (ce qui est dit) lors de la passation du test de Rorschach (test connu sous le nom des tâches d'encre) soit enregistré uniquement à des fins de retranscription. Cet enregistrement audio sera par la suite détruit dans les plus brefs délais et ne sera pas utilisé à d'autres fins. Cela facilitera la prise de note de l'intervenante et le respect du protocole du test.

Nom du participant : _____

Date : _____

Signature du participant

Ameline Dupont
Doctorante en psychologie
Profil intervention
Université du Québec à Trois-Rivières

Appendice C
Verbatim et résumés formels

Rorschach verbatim 0031

N° carte	N° réponse	Association libre	Enquête
I	I En W	<p>Là, dans le moment, je vois une chauve-souris.</p> <p>@ > Puis, on dirait qu'y a un petit chien dans le bas, là. Une tête de petit chien qui s'allonge. Y'a comme deux yeux à une place.</p> <p>À part de ça, je vois pas ce que je verrais d'autre.</p> <p>On dirait les deux petites mains de la chauve-souris. On dirait qu'elle a deux petites mains et qu'elle attend quelque chose.</p> <p>Non, je vois pas autre chose.</p>	<p>Oui, ça en la voyant, on dirait une chauve-souris tout de suite. C'est en la voyant. C'est au total la chauve-souris. (?) La forme qu'elle était faite, ces deux petites pattes... C'est peut-être parce que j'aimais pas ça quand j'étais jeune, voir ça, des chauves-souris. Ça m'a frappé, j'ai tout de suite vu la chauve-souris. Ça, c'est son dos, puis quand elle ouvre ses ailes. Puis même la couleur, ça m'a donné un indice. (Couleur?) Ben tu sais, c'est laid une chauve-souris.</p> <p>Ici, ça c'est la queue et là les deux yeux, un petit chien poilu. Que la chauve-souris elle cherche à, à attraper. (?)</p> <p>Add : C'est là, mais là aussi y'en avait un, mais qui était placé d'une autre manière. Attend un peu, j'vais te le montrer là. Lui, on le voyait de dos. Puis on dirait que ça, c'est deux petites oreilles puis toujours une petite queue qui part. Et icitte, il est de face le petit chien.</p> <p>(?) Ben premièrement, c'est sa petite queue ici, quand ils font toiletter leur chien, ils leur mettent un petit truc au bout de la queue là. Comme un petit ruban et puis les petits yeux noirs, là, ça m'a fait penser à mon petit chien, car il a les yeux ben noirs lui aussi. Mais, c'est un petit chien bien poilu, tu sais. C'est à peu près ça. (Poilu?) Oui, les petits chiens sont poilus.</p> <p>Add : puis tout à l'heure, j'l'avais pas vu, mais j'm'aperçois, ici y'a comme deux coqs ou poules, qui ont la tête en bas là. Les vois-tu? Un gros gros oiseau ou une poule.</p> <p>(?) C'est ensemble, la chauve-souris, on dirait qu'elle le tient. Le petit chien, il est pris après la chauve-souris. (Petites mains de la chauve-souris?) Oui, ici, elle veut s'agripper à quelque chose.</p> <p>Add : quand on regarde plus longtemps, ici, ça serait les pattes de poules, mais comprends-tu, on finira plus! (rire).</p>

N° carte	N° réponse	Association libre	Enquête
II	2 En W	<p>Là, j'vois deux petits chiens qui sont en train d'essayer de prendre un jouet.</p> <p>@ y'a des taches rouges donc ça veut dire, on dirait qu'ils se sont peut-être tirillés un peu. J'vois comme deux petites oreilles un peu. Puis après le crayon, on dirait y'a comme deux petites boucles. Puis, on dirait que les deux petits chiens ils veulent percer plus creux, comme dans la terre. C'est rouge, on dirait du sang. Je sais pas, mais on voit bien que c'est deux petits chiens, les petites oreilles, les petites pattes. Ils ont des museaux pointus, j'sais pas, c'est que normal. J'suis pas capable de voir autre chose. Les deux petites lignes que l'on voit, c'est peut-être parce qu'ils sont en train d'essayer de communiquer ensemble.</p> <p>C'est pas mal tout c'qu'je vois.</p>	<p>Ces dessins, plus tu regardes, plus tu vois plus pareil.</p> <p>Oui, c'est en l'air, là regarde, ils essaient de pogner ça là. Ici, mais ils se sont battus parce qu'ils ont saigné là. D'après moi, mais, ça se peut que je me trompe. Ou, ils lancent des couleurs avec le petit objet qu'il y a là, mais c'est, non... Si tu regardes, les petites pattes ici, les oreilles, les oreilles, le museau, l'autre museau.</p> <p>Add : y'a bien des manières de voir, ça pourrait être un objet qui lance la couleur ça.</p> <p>(Lignes?) Ils sont en train de se parler, oui, c'est ici.</p>
III	3 En D1 + D3	<p>Ah! Ça, c'est deux madames. Deux madames qui essaient de prendre le même objet. Puis, qui ont l'air de s'aimer malgré tout puisqu'il y a comme deux cœurs qui cherchent à se rejoindre.</p> <p>@ > Puis, on dirait qu'il y a quelqu'un qui veut leur tendre la main par en bas. J'sais pas comment c'est placé. J'pense que ceux qui veulent leur tendre la main, on dirait que ça leur fait de la peine, y'a des gouttes.</p>	<p>Oui, ici un cœur, un cœur, ils se rejoignent. Ici c'est comme un pied. Là, c'est les madames. Puis, j't'avais dit, quelque chose qui fait de la peine. Une madame, l'autre madame, qui essaient d'attraper quelque chose dans le bol. Ça c'est la tête, un bras, l'autre bras qui essaie d'attraper. Puis, elle a comme des mitaines pour aller pogner, attraper l'affaire. Puis, ça, ça me fait penser que l'autre personne qui se trouve être là, c'est un autre. On dirait qu'il a de la peine de voir ces deux-là qui s'obstinent pour si peu parce qu'ils s'aiment toutes les deux puis pourtant ils sont en train de s'obstiner, s'obstiner.</p> <p>Tu sais c'est difficile, tu me le monterais 10 fois et j'en verrais encore là.</p>

N° carte	N° réponse	Association libre	Enquête
III (suite)	4 En Dd 34	<p>> Ça ressemble à deux femmes en le voyant puis après, en regardant, ça un peu de ressemblance avec un oiseau.</p> <p>@ C'est pas mal toute. Je suis pas sure que ça va t'aider. J'te dis ce que je vois. J'suis sure que personne ne voit la même affaire de toute façon.</p>	<p>Oui, oui, attends un peu. Oui, ça aurait pu être un oiseau, quand tu regardes icitte. Le bec de l'oiseau puis la queue. C'est un oiseau. (?) Ben, c'est parce que comme j't'ai dit, y'a un bec, la crête sur la tête, une aile, l'autre aile et là c'est ses pattes.</p>
IV	5 En W	<p>Ça on dirait un loup-garou d'autrefois. Il est habillé en fourrure, certain celui-là.</p>	<p>Oui, ça c'est vrai, y'a rien qu'à voir, on voit ça tout de suite. Ça c'est comme ceux qui faisaient peur aux enfants autrefois. Tu sais, qui étaient tout habillés de fourrure. (?) Ben, en le voyant. J'me dis que sa tête était dans ce bout-là, c'est deux grands pieds. Tu sais autrefois, le bonhomme quand on était petit. Par contre, on dirait qu'il est comme enragé, y'a deux bras là qui sont prêtes à aller... j'sais pas comment t'expliquer, c'est dur à expliquer, mais en le voyant, c'est ça qui m'a frappé le plus. (Fourrure?) Tu l'vois qu'c'est de la fourrure, regarde ici, ça reluit, ça reluit. (touche la planche), c'est de la fourrure partout.</p>
	6 En DD99	<p>Puis, en même temps, ça pourrait être comme un pot avec deux anses.</p>	<p>Ah oui! C'est ça icitte, ça, ça serait deux anses, puis ça seraient déposés sur un poteau quelconque. Ça serait le tout ici, le pot, mais, faudrait calculer rien que ça ici, pas ça, le haut, ça serait le pot.</p>
	7 En D6	<p>> Vois-tu, si on le place comme ça, on dirait deux petits chiens. Je tu vas dire que je reviens toujours aux petits chiens mais c'est ce que je vois moi, deux petits chiens de chaque bord, ce côté quand on la place comme ça. C'est pas mal toute. Quand tu la place de même, on dirait qu'y a un petit chien là puis un petit chien là.</p>	<p>J'le vois pas celui-là. J'les vois plus, j'les vois plus. C'est le bon numéro que tu m'as donné? Non, j'vois plus les petits chiens. J'm'excuse hein, mais j'vois pas de petits chiens pantoute.</p> <p>Ah! J'viens d'trouver mon petit chien! j'm'excuse, il est tout gris, là. Regarde, le nez du petit chien, sa petite queue, y'en a un de l'autre bord aussi. (rire) ça me fatigue de voir que je l'avais vue et que là j'le voyais plus! C'est vraiment deux petits chiens gris. Son petit nez, sa petite langue, sa queue, oui.</p>

N° carte	N° réponse	Association libre	Enquête
V	8 En W	(rire), t'as bien des chauves-souris dans tes affaires!	Oui. Elle était en train de... là on voit les pattes d'une petite qui s'est faite déchiqueter là, j'sais pas comme dire (<i>réponse 9</i>). (?) La chauve-souris, c'est toute, ces affaires-là et ces grandes ailes-là. Ça me frappe en voyant ça, tout de suite.
	9 En W	@ chaque côté, on dirait qu'ils sont comme après de dépecer un animal comme quand on voit les pattes plumées. C'est ça que je vois, on dirait une bête, comme un charognard qui est en train de dépecer une autre bête là. Par contre, la tête, elle ressemble un petit peu à un cheval dirais-tu?	Oui, regarde les pattes ici. Vois-tu? Ça a l'air d'être le bout d'une jambe, une cuisse, c'est les jambes de l'animal. Ici au bord, ce serait rendu la cuisse, mais au bord, ce serait plus la patte parce que si tu regardes au bout, y'a comme des petits ongles ici. (?) ben regarde, on l'voit ici, des petites griffes d'animaux, c'est ce que je vois. Ben oui, regarde au centre, on dirait comme un cheval ou comment on appelle ça les animaux qui ont des grandes cornes, là, droite? La tête de cheval est là, c'est en voyant ça, puis y'a comme un autre morceau qui dépasse là. (?) j'le vois plus au centre le cheval. Mais pour commencer, j'voyais, c'était plus un cheval faite de même, c'était comme ça que j'voyais qui est en train de maganer un animal quelconque là avec des bouts qui dépassent là, des pattes. Un cheval, mais il a les oreilles faites de même là, une bête que j'sais pas l'mon.
	10 En W	Puis, si tu regardes encore plus, tu vois d'un côté un homme puis d'un autre côté un autre homme accoté sur la patente du milieu. Regarde. Ben, oui, là, ça, c'est son bras, son autre bras, sa tête. Ça pourrait aussi être ça. Tiens ici, là, on dirait que ça serrait sa figure, d'un homme accoté. Je sais pas si c'est un homme puis une femme, mais c'est deux personnes. Puis ici, on voit des orteils. C'est pas mal tout ce que j'ai vu là-dessus.	Avec ça? Avec ça? Ah ben oui! Regarde dont ça! Là ici, c'est sa tête puis ses cheveux puis son bras, regarde ici. Ici pareil, sa tête, ses cheveux puis son bras. Ils sont accotés.

N° carte	N° réponse	Association libre	Enquête
VI	11 En W	@ ^ là, c'est comme un gros oiseau qui va plonger à l'eau. Un gros oiseau, car on dirait que c'est sa colonne là.	Oui, ben là c'est de chaque bord ici. (?) Ben, moi, j'me suis basé qu'ici c'était une tête. Puis, ici j'vois de l'eau qui revole. Add : J'vois comme deux ours couchés dos à dos. Ils ont le dos accoté chacun. Regarde, on dirait le nez de l'ours ici, l'œil. On peut voir plein de choses quand on se met à regarder.
	12 En D8	Par contre, si on est franc un peu, le boute, c'est fait semblable comme un pénis d'homme on dirait. Ça fait longtemps que j'en ai pas vu!	Qui veut pénétrer, oui. Puis ici, ça serrait le sperme qui veut s'en aller dans l'air. J'sais moi là, mais ça me fait penser à ça. C'est tellement longtemps que j'ai pas eu rien que... Puis, ici on dirait comme deux petites, pas des ovaires, deux petites... comme le pénis et les glandes de l'homme là. J'suis pas capable de dire le nom. Pourtant mon mari a été opéré pour une vasectomie et il a eu assez de mal là. J'suis pas capable de dire autre chose, ça fait mal, c'est pas... C'est quelque chose qui fait mal. C'est le pénis de l'homme, mais c'est quelque chose qui fait mal en même temps.
	13 En D1	Ou, ça pourrait être aussi comme un genre de peau d'ours étendue, là, en tout cas, sur quelque chose. Une peau d'animal. C'est pas mal tout ce que je vois là-dessus.	Oui, ça aussi ça pourrait faire un tapis, comme une peau d'animal. (?) Ben, en le regardant là, moi, j'me suis dit dans ma tête. Add : Mais comme j't'ai dit, j'ai vu ça tout d'un coup, deux ours dos à dos.
VII	14 En W	C'est comme de la fumée qui s'envole là. Mais...	Oui, tout de suite en partant. (?) On dirait ici, y'a comme un feu et ça fait de la boucane de chaque bord.

N° carte	N° réponse	Association libre	Enquête
VII (suite)	15 En W	<p>^ En bas, on dirait deux petits lapins, là puis là. Ah! En haut, on dirait un petit chien qu'ils ont mis un support après lui pour grimper. Tiens! Les deux petits lapins pour les grimper, j'sais pas comme dire, pour les monter en haut. On dirait qu'ils lui ont mis cela pour soutenir les deux d'en bas. Comme ici, ils l'ont attaché pour soutenir et lui, il tient les deux petits animaux pour pas les échapper. @ Puis, les deux petits lapins du bas, ils ont peur. C'est à peu près ça.</p> <p>Si tu veux aller boire, quelque chose te gêne pas pour moi, moi j'suis bien là.</p>	<p>Là. Oui, oui, ici là c'est un petit chien et là un petit chien qui tient les deux lapins.</p> <p>Add : Y'a deux autres animaux qui cherchent à se tenir et ce serait comme un gros papillon géant qui tiendrait tout ça là. J'vois un gros papillon énorme, quelque chose de même là. On voit plein d'affaires, plus tu vas me le montrer longtemps, plus j'vais voir d'autres choses.</p>
VIII	16 En W	Y'a deux animaux, un à chaque bord, qui essaient de se tenir toujours. @	Oui, ça on les voit bien, ici en rose, là. Ils grimpent après quelque chose. J'sais pas quoi, peut-être un arbre? En tout cas, les animaux, on les voit bien, les quatre pattes là, mais sur quoi qu'ils se tiennent là...
	17 En Dd 21	Dans le milieu, y'a comme une colonne vertébrale là, qui tient là.	La colonne qui tient, elle est toute là.
	16 suite	<p>C'est comme si les deux animaux voulaient grimper plus haut, aller plus haut.</p> <p>@ J'suis pas capable de voir autre chose, c'est tellement clair. C'est ça qui me saute à la face, les deux animaux qui se tiennent.</p>	

N° carte	N° réponse	Association libre	Enquête
IX	18 En W	<p>^ On dirait qu'il y a comme de la douleur là-dedans. La douleur, on dirait que c'est comme quelqu'un qui aurait une colonne vertébrale là et ça lui fait comme des pics qui veulent lui rentrer là. Je sais pas comment expliquer.</p> <p>@ ce sens-là, ça me dit rien, là non plus.</p> <p>^ Puis, y'a encore comme deux grosses bêtes. Comme des rhinocéros qu'on dirait, qui veulent transpercer là, on dirait bien. C'est pas mal toute.</p>	<p>Oui, c'est ça ici. On dirait, y'a comme des griffes, qui font du trouble, là j'aime moi ça. Y'a comme de la douleur. (?) Ici, les petites griffes là. Ben, moi dans ma tête, c'était comme le dos, les fesses là, le coccyx qui arrive là. Puis, de chaque bord, c'est le corps.</p> <p>Add : Puis, rendu dans la tête, ici, on dirait que c'est comme un genre de clown. Je sais pas comment expliquer ça. Pauvre enfant! (rire)</p> <p>Là-dedans? Ça serait ici, voyez-vous? Comme ici ce serait la tête des rhinocéros qui veulent transpercer. Là, ici, on voit que c'est deux grosses bêtes féroces, mais on peut pas voir au juste, mais ils essaient de... Comme j't'ai dit, c'est comme la douleur qui essaie de rentrer dans le corps. J'sais pas comment l'expliquer. Les rhinocéros en réalité ça serrait la douleur. Je sais pas comment t'expliquer sa pauvre enfant! J'sais qu'on voit que c'est deux grosses bêtes là, puis y'a des piquants qui t'entre dans les hanches là, dans l'bas du dos, j'sais pas. (?) Oui, tout est ensemble.</p>
	19 En D6	<p>Là, on dirait c'est deux fesses et ici c'était quasiment comme si c'était un utérus là.</p> <p>Je sens de la douleur ici, mais, par contre, là, c'est deux rhinocéros (réponse précédente). C'est curieusement rouge. Celui qui a inventé ces desseins, il était fort. C'est tout ce que je vois. Celui-là, il y a plus de souffrance dans celui-là que dans les autres.</p>	<p>Ici j'ai dit? Non, ici là, j'vois pas. Non, j'avais pas vu ça ici. (Ici?) Non, j'vois pas ça. J'sais que j'en ai vu un comme le pénis d'un homme comme dans un utérus. Mais non, quoi que là, si c'est le bas du dos, non. J'm'excuse.</p>

N° carte	N° réponse	Association libre	Enquête
X	20 En D11	@ ... En haut, y'a deux rats qui pognent après une branche on dirait.	Oui, ça ici, on voit les deux. Add : puis, ça ici, le pénis d'un homme qui rentre dans un utérus. (?) Ben oui, j'avais dit ça tantôt, mais j'veux pas m'obstiner. J'suis pas ben, ben...
	21 En D13	> Y'a comme un oiseau qui veut s'envoler, le vert là.	Oui, y'en a un ici, comme un petit'oiseau qui veut s'en aller et y'en a un autre là.
	22 En D6	> Y'a comme deux petits oiseaux bleus aussi ici, deux petits oiseaux bleus.	Ah, ici! Ils cherchent à se toucher.
	23 En D1 + D15	Puis les tâches, les tâches bleues, on dirait que c'est comme si, une substance qui était sortie de la terre, qui aurait éclaboussé. Non, c'est tout. Je sais pas si ça va t'aider, mais je t'ai dit tout ce que je voyais du mieux que je pouvais. J'ai tu parlé trop vite? T'es correcte?	Oui, éclaboussé, on dirait c'est comme de la misère, de la peine un peu, c'est pas des éclaboussements joyeux. C'est des éclaboussements tristes, on dirait, c'est triste. Les éclaboussements, elles sont pas belles. (?) Ben ça serait, là mettons que ça serait un fruit ou une feuille et ça se trouveraient à détruire cette feuille-là. C'est tout c'que j'avais dit là-dessus non? Ah, ça suffit.

Rorschach résumé formel 0031

ZI	15	Loc	W	D	W+D	Dd	S	DQ	+	o	v	v/+	FQ	+	o	u	-	no
Zsum	51.5	Loc	11	9	20	3	0	DQ	12	9	1	1	FQx	0	7	6	10	0
Zest	49.0	FQ-	3	5	8	2	0	FQ-	5	4	0	1	FQW+D	0	6	6	8	0
Zd	+2.5	S	0	0	0	0	0	W	8	2	1	0	FQM	0	2	1	2	0
													FQS	0	0	0	0	0

DETERMINANTS		FC	0,1	BLENDS:R		4:23
Single,Blend	CF	0,1	FC'	1,1	FV	0,0
	C	0,0	C'F	0,0	VF	0,0
Pure F 6	Cn	0,0	C'	0,0	V	0,0
			SumC'	2	SumV	0
M	4,1	a/p	Fr	0,0	FT	0,1
m	2,0	4/1	rF	0,0	TF	0,0
FM	8,3	7/2	FD	0,0	T	0,0
			SumT	1	SumY	0

COMPOSITES		(EB=M : WsumC)		Intro/Per		An+Xy:R					
R	23	L	0.35	EB	5:1.5	EA	6.5	EBPer	3.3	Isolate/R	0.26
				(eb=FM+m : TYVC)				adj es	13	2AB+Art+Ay:R	7:23
XA%	57	WDA%	60	eb	11:3	es	14	D	-2	H+A:Hd+Ad	18:4
X+%	30	F+%	50	Pure C	0	Ego	.43	Adj D	-2	SumC':WsumC	2:1.5
Xu%	26	Pop	6	FC:CF+C	1:1	(2)	10	Ma:Mp	4:1	H:Hd+(H)+(Hd)	2:4
X-%	43	S-%	0	Afr	.53	Fr+rF	0	a:p	12:4	W:D:Dd	11:9:3

SPECIAL SCORES		Aggression		INDICES (*=age adjusted score)	
AB	3 (1)	DV	0,0	S>3	-
AG	7 (4)	INC	2,0	Zf>12	+
COP	2 (1)	DR	4,0	SumH>6	-
CP	0	FAB	2,0	Zd>+3.5	-
MOR	4 (3)	ALG	0	Sum()>3	-
PER	1	CTM	0	H+A:Hd+Ad<4:1	-
PSV	0	Sum6	8	Cg>3	-
		WSum6	24	(if T=0, pos>=4)	
				T=1	HVI = 1
					EII-2 = 3.5
					(SCZI = 5)

CONTENTS		GHR:PHR		SUMMARY	
H	2	An	3	Fd	1
Hd	3	Art	1	Ge	0
(H)	1	Ay	0	Hh	2
(Hd)	0	Bl	1	Id	1
Hx	3	Bt	4	Ls	0
A	13	Cg	1	Na	1
Ad	1	Cl	0	Sc	1
(A)	0	Ex	0	Sx	2
(Ad)	0	Fi	1	Xy	0

INDICES		Scores:		Conditions:	
HVI	-	Dd>3	(a)	abcde	-
PTI	4	Zf>12	(b) +	abcde>2 & FQ+>3	-
DEPI	-	Zd>+3	(c)	abcde>3 & X+>89	-
SCON	-	Pop>7	(d)	FQ+>3 & X+>89	-
OBS	-	FQ+>1	(e)		
CDI	-			(pos>=1)	OBS = 0
				(pos>=4)	CDI = 3

Rorschach verbatim 0034

N° carte	N° réponse	Association libre	Enquête
I	1 En w	Ça me fait penser à un oiseau là, un aigle pas beau. Y'a les ailes, puis il lui manque sa face. Ouais, moi, je penserais à ça, un oiseau là. Ça a l'air d'un oiseau, un aigle. Non je ne vois pas autre chose.	Ben moi, j'vois qu'il a les ailes étendues comme ça là. Ces ailes, ça avait l'air d'un oiseau qui... Un aigle c'est gros.
	2 En D1	Y'a comme deux petites mains en haut, là. Comme deux petites mains là et là, voilà. Non, je vois vraiment pas d'autre chose là. Vous p'être ben, mais pas moi.	Oui, ici là, je voyais deux petites mains. On dirait qu'ils demandaient là. Ça va être long c't'affaire là.
II	3 En w	Comme quelqu'un qui se chicane là, puis... Ou plutôt des animaux. Comme des éléphants qui ont des grandes défenses là. Comme si, ils se chicanent, ils s'accotent on dirait. Hum, on dirait qu'ils ont les mains attachées ensemble, des chiens ou en tout cas, des drôles d'animaux. Depuis qu'j'suis en foyer, j'ai pas l'droit chez nous aux animaux. Les yeux, comme s'ils étaient deux puis ils sont face à face. Les oreilles, c'est pas des éléphants avec des oreilles de même. Plutôt des chiens que des éléphants qui se chicanent pareil. Ça, c'est comme du sang. Non, j'sais pas.	Oui, ben oui icitte, on dirait qu'ils sont en réconciliation. C'est les mains, c'est ça. (?) Non, non, c'est l'ensemble. Ils se chicanent-ils vraiment? Quelle question hein? J'trouvais qu'ils avaient l'air de se chicanent, ils se réconcilient un petit peu alors maintenant j'sais pas. Y'a un peu de sang, un peu de sang là. (?) Du sang ce rouge-là.

N° carte	N° réponse	Association libre	Enquête
III	4 En w	<p>Comme des... hein?</p> <p>C'est comme des pieds ça icitte, là. On dirait qu'ils tiennent, j'sais pas ce qu'ils tiennent, mais c'est 2 personnes qui tiennent quelque chose là. Comme si c'était une boucle là. Je ne sais pas ce que ça veut dire là? Comme s'ils étaient contents là, un moment donné de... hum.</p> <p>Je suis pas visuelle tant que ça là.</p> <p>Les corps sont séparés icitte. J'sais pas.</p> <p>J'sais pas c'que ça donne ça, si y'en a qui voit d'autres choses là?</p>	<p>Ouais. Ça j'dirais que c'est les deux pieds, puis là après, ils tenaient après, j'sais pas qu'est-ce qu'ils tenaient là. (?) J'trouvais qu'ils étaient contents, car il y avait ça là. Puis, au commencement, ils ont l'air moins méchant ceux-là. Puis les pattes, j'suis dans les patates moi un peu là. (?) C'est sûr que vous voyez pas comme moi! (rire) Ça la pour moi c'est content dans ma tête là. Y'a comme, l'ensemble, c'est comme il y avait deux têtes, puis leurs jambes, puis deux bras. C'est de l'ouvrage, c'est la première fois que j'passe ces affaires-là moi.</p>
IV	5 En w	<p>Oh! Qu'est-ce que ça peut bien être toi? Comme une peau d'animal. J'ai des idées hein? Vous aurez beaucoup de résultats avec moi hein!</p> <p>Moi, je suis pas compliquée.</p>	<p>Oui, c'est ça, encore là quand je la regarde ça à l'air d'une peau d'animal. Une peau d'ours. Mais y'a des lumières icitte (réponse 7), ça a pas d'allure, ça va pas avec la peau d'ours. (?) C'est sûr, tu vois des peaux d'ours là, devant les foyers. C'est toute ensemble, mais ça ressemblait à ça.</p>
	6 En Dd 99	<p>On dirait encore des petites têtes là, des petites têtes là.</p> <p>Faut en avoir des idées, le monsieur ou qui a faite ça ou la madame hein?!</p>	<p>Comme des petits yeux icitte. Fait que... vous en avez des questions, vous j'suis sure que vous comprenez, mais moi.</p>

N° carte	N° réponse	Association libre	Enquête
IV (suite)	7 En Dd 99	On dirait qu'il y a 4 lumières en bas là. Mais c'est sûr que c'est pas des lumières. Ça doit être autre chose qui... 1, 2, 3, 4, y'en a 4. Ça c'est des affaires que j'ai jamais vu. J'ai pas été instruite pour cela. J'ai été rien qu'en 9e année hein!	Après j'ai vu les petites lumières en bas de la peau d'ours. (?) Ben là, ils ressemblent à des petites lumières là. Ça dépend, pour vous ça doit pas être des lumières, regardez cette affaire-là. Add : Puis là y'a une petite tête, puis là aussi. Hé, y'en a des têtes dans ça! Ça peut rendre fou quand tu regardes ça c't'affaire là. J'vais aller chercher Lisette, Lisette viens m'aider.
V	8 En w	Ça à l'aire d'un papillon. Ça a l'air bien plus d'un papillon que d'autre chose. Mais ça donne quoi ça pour eux?	Oui, c'est là qu'ça à l'air d'un papillon. Parce que c'est un grand papillon. Il montre ça des fois à la télévision, des petits groupes. Mais ça a pas d'allure, si c'est un papillon, il peut pas avoir des petits bras là (<i>réponse 10</i>).
	9 En D 10	Avec des pattes icitte, j'vois des pattes aussi.	Là c'est comme deux pattes. Oui, des pattes pour vrai. (?) Ben ça à l'air de pattes, là, ici. Et en haut j'trouve que ça à l'air de petites mains (<i>réponse 10</i>), ça a pas de sens.
	10 En Dd 34	On dirait que c'est deux mains là qui (lève les mains en l'air). Ça serait pas un papillon si c'est deux mains là. Ça défaite tout ce qu'j'ai dit tout à l'heure hein? Ah, Ok, quand, je l'ai vu comme ça, ça avait l'air d'un papillon puis là c'est deux mains là. Là, ça à l'air de pattes, mais s'en est pas, c'est sûr. J'sais pas. J'vais montrer ça à Janine. Qu'est-ce que ça vous donne ces affaires-là? Rire. Hein? J'sais pas, mais il me semble que... Tu vas m'expliquer après, ce que ça voulait dire? Rire	Dans ma tête, là on dirait deux petites mains. Non, c'est vrai.

N° carte	N° réponse	Association libre	Enquête
VI	11 En D3	<p>Ben là...</p> <p>@ (tourne la planche)</p> <p>Je suis bien embêtée avec celui-là. Il faudra que je dise à Lisette qu'elle nous montre ça, cette affaire-là.</p> <p>Ces deux-là, on dirait des animaux ensemble. On voit leur tête là puis...</p> <p>Ils font travailler ma tête, je suis pas si compliquée que ça moi. Oh mon Dieu, non! À part le sommeil, il y'a pas grand-chose qui m'énerve. Et, ce matin à 5h j'étais réveillée et prête à faire du ménage. Fait que. Et, j'suis pas dépressive, car je veux pas mourir, là. Elle veut pas mourir celle-là, non j'suis pas prête à mourir. Ben, faut pas dire ça qu'on est pas prête, car c'est pas nous qui est maitres de notre vie...</p>	<p>Icitte, là. (?) Oui, la tête ici, deux têtes. (?) parce que ça à l'air de tête, deux têtes de serpent.</p>
VII	12 En D9	<p>Oh mon Dieu! Hé, vous en avez des questions embêtantes. (rire)</p> <p>C'est comme deux figures qui... Non, mais je sais pas. En tout cas, ils sont, on dirait qu'ils sont pas en bons termes là en tout cas.</p> <p>Moi, qui aime bien tout le monde, j'trouve ça... Pour moi, tout le monde est bon là... J'avais un copain, mais j'l'ai laissé là, car pour lui, tout le monde était méchant. Moi, j'ai pas des idées de même. J'ai dit non. Moi, j'ai des idées pacifiques, j'aime toujours que tout le monde s'entende. On a été élevé comme ça, pas de chicane...</p>	<p>Là-haut, on dirait deux figures là. Ça là. (?) J'trouve que ça à l'air deux personnes qui se parlent. Comme si c'était ma grand-mère puis ma mère qui se parlaient. Ça fait longtemps qu'j'ai pas vu ça par exemple. (rire) Parce que ma grand-mère ça fait longtemps qu'elle est morte puis ma mère ça fait 15 ans. Hé, on va chercher ça loin les affaires des fois.</p>

N° carte	N° réponse	Association libre	Enquête
VII (suite)		<p>J'ai perdu mon père j'avais 2 ans et c'est ma mère qui m'a élevée fait que c'est les idées de ma mère ça : pas de chicane et s'aimer, s'aider...</p> <p>On dirait que c'est deux figures puis, qui se parlent et qui... Qui doivent essayer de s'aider, car dans la vie, on a passé la vie à s'aider. Ma mère dirait : aimez-vous et soyez familiale. Même que des fois, elle disait à mon mari : t'as pas l'esprit de famille! Fais qu'on a été élevé comme ça, j'suis pas capable de penser que j'suis plus élevée qu'un autre, j'ai pas été élevé comme ça non.</p>	
VIII	13 En D1 et D5	<p>Oh! Ça, c'est... On dirait que c'est deux rats. Ils donnent la main à je sais pas quoi, mais ils donnent la main icitte aux deux autres. Hum, hum. Non.</p> <p>C'est spécial cette affaire-là hein? Ça peut pas être un autre animal parce que, mais ici... Ils tendent à l'autre, j'sais pas ce que c'est cette affaire-là, ce bleu-là, là. Y'a comme des yeux dans ça ici là.</p>	<p>Oui, les deux rats, ils sont icitte là. (?) Oui, on dirait qu'il y a deux yeux, deux petites figures et deux yeux. Dans le bleu icitte. Deux yeux puis deux petites figures là. (?) non les rats icitte. Et icitte les deux faces. En haut, non ça m'a pas...</p>
	14 En Dd 33	<p>Ici en bas, on dirait qu'il y a des petites têtes d'animaux. Ça en ferait : 4,5,6,7. 1,2,3,4,5,6, oui. On dirait qu'il y a des petits yeux, de ce bord-là aussi.</p> <p>Vous avez des affaires bien compliquées ma petite fille! Ma vie est pas compliquée de même! J'me suis occupée des enfants. Vous êtes-vous marié vous? Attendez d'avoir des enfants vous allez voir!</p>	<p>On dirait des petites têtes d'animaux, des chiens ou des affaires de même. J'te dis que il en passe des affaires quand on voit ça.</p>

N° carte	N° réponse	Association libre	Enquête
IX	15 En D1	Ben là, ça ressemble à ce que j'viens de voir. La tête, les pattes là on dirait. Quelle sorte d'animal que c'est? Des autres têtes ici avec des yeux. Seigneur Dieu! Je sais pas si ça dit quelque chose pour vous.	Icette on dirait y'a des têtes, icette on dirait qu'y a des petits yeux encore. J'sais pas quelle sorte d'animal que c'est ça hein. Y'a une petite queue en arrière.
	16 En D6	Je vois deux têtes ici et un œil là. Elles sont pas jolies vos dessins. Rire. Peut-être que ça vous dit plus de quoi à vous. Moi, j'ai faite ma 9 ^e année et un an d'école ménagère. Fait que, c'est p'être pour ça que j'suis pas... Ces choses-là... J'sais pas.	Add : On dirait y'a encore des yeux en haut là, et ben moi j'vois ben des yeux! J'vais arrêter de regarder, j'vais en trouver d'autres.
X	17 En D 8	Oh! Oh...Chu... Tabernacle! On dirait qu'il y en a deux là, là. Deux, j'sais pas quelle sorte d'animaux c'est ça. Peut-être des araignées là. Je vais trop vite là? Rire. Pourtant j'trouve pas que j'vais vite beaucoup.	Des animaux dans ma tête, ici. En bas ici, y'a comme deux petites faces, deux petites faces de bébé (<i>réponse 18</i>). (?) ici là, non? C'est de même chez vous? (Rire) ça à l'air de deux petites faces de deux petits bébés, des petits yeux, des petits doigts, des petites bouches, y'en a deux, de chaque bord. On dirait qu'il y a l'autre affaire qui veut... ça a pas d'bon sens y'a pas tant d'affaires que ça. Non, non. J'vois pas d'autre affaire, mais j'trouve ça drôle, je vois des araignées, les animaux en haut et ces faces de bébés là. C'est pas des affaires qui coïncident ensemble là.
	18 En D1	Là ici, on dirait deux petites faces de petits bébés. Ben, en tout cas... Vous me dites ce que vous pensez de ça vous?	<i>cf. réponse enquête 17</i>

N° carte	N° réponse	Association libre	Enquête
X (suite)	19 En D2	C'est ça icitte qui m'embête. Ici, Ça à l'air des animaux. Mais ça, ça fait quoi icitte? Dans notre rayonnement de vie cette affaire-là? Ben, 2,3,4,5.	<i>Enregistrement coupé</i>
	20 En D11 et D12	<p>Les deux affaires vertes en haut, on dirait qu'elles courent après quelque chose, les autres en haut, les petits gris.</p> <p>C'est compliqué si vous apprenez tout ça. C'est bien effrayant!</p> <p>Moi je suis pas si compliquée, non. Moi, je me trouve pas bien compliquée. Mais vous, vous vous dites peut-être qu'elle est bien compliquée la madame. Vous allez m'expliquer ça? Que j'comprenne moi aussi? Malgré que je sais pas tout ça, pas à mon âge, 77 ans là!</p>	<i>Enregistrement coupé</i>

Rorschach Verbatim 0049

N° carte	N° réponse	Association libre	Enquête
I	1 En WS	Ma première impression quand je vois le dessin, c'est drôle, moi je vois un papillon. Avec deux ailes bien constituées là. Pour moi, ça représente une certaine liberté, en tout cas, c'est positif pour moi. C'est comme s'il peut s'envoler. En tout cas, c'est beau pour moi. Oui. C'est symétrique là, dans le sens que, dans le centre, il y a une barre, on dirait que c'est bien partagé. Puis, c'est de la fantaisie, mais, en s'envolant, il laisse des petites miettes. C'est ça (rire). Puis, ce que j'aime aussi, c'est que, au centre, il y a comme un petit creux. Ça correspond à ma fantaisie à moi qui veut que ce ne soit pas parfait. Puis ça, j'aime ça, je me sens bien face à ça. J'aime bien aussi la dernière partie de ce qu'on pourrait appeler le corps du papillon? On voit de chaque côté une teinte plus pâle qui me semble, pour moi, de la fragilité, mais c'est positif.	Oui, c'est vrai, les petites miettes, c'est ça ici. Sinon, c'est l'ensemble de la tâche. (?) Je pourrais peut-être vous demander un exemple... Je vois, c'est la forme, je trouvais que ça avait vraiment la forme d'ailes puis, pour en avoir vu déjà un papillon, y'a une barre au centre comme le corps. Puis, ici, je pourrais dire, les deux petites pattes. Est-ce que ça vous convient? (Un creux?) Ici (une teinte plus pâle?) Ici de chaque côté.
	2 En Dd 34	Je pourrais ajouter, moi qui aime bien l'eau, de chaque côté, heu... Comme des îles plus hautes. Je verrais comme des bras de mer, des îles, archipel, j'sais pas. Moi, j'y vois rien d'effrayant là-dedans. C'est tout.	Ici, c'est la même chose de l'autre côté ici. (?) Quand on regarde une carte géographique, on dirait, c'est comme l'Alaska par exemple parce que c'est mon rêve d'y aller un jour. Des bouts qui s'avancent là, puis le blanc ici, c'est comme l'eau.
II	3 En D6 + 3	(Grimace) À prime abord là, premièrement, je verrais deux animaux, deux bêtes qui combattent, mais qui se blessent, la couleur rouge associée à du sang. Mais encore là, ce n'est pas triste. C'est parce qu'ils défendent leur territoire. J'ai du mal à voir les taches rouges au-dessus de leur tête. Non, je ne vois rien qui...	Ici, là. Ça c'est en dehors, ça a pas de sens. Je voyais les têtes, ici, les deux petites pattes ici puis le fait qu'ils se touchent là c'est que, comme... qu'ils s'attaquent là. C'est ça, ils s'attaquent là, possiblement que leurs autres mains est en arrière là, je sais pas. Puis, ils s'élancent l'un vers l'autre là. Puis, ils se sont trop bousculés, trop vite là, c'est pour cela qu'il y a la couleur rouge, du sang, c'est inévitable.

N° carte	N° réponse	Association libre	Enquête
II (suite)	4 En DS5 + D1	Quand on regarde au centre du dessin, je vois comme l'ouverture d'une caverne. C'est comme une invitation à y entrer. Mais ça ne me fait pas peur, c'est drôle hein?	Ça c'est vraiment le centre, entre les deux bêtes. Mais, là, en voyant ça, je ne vois plus les, c'est comme si c'était plus des bêtes autour, comme des pierres. C'est comme si je voyais autre chose là. (?) C'est comme si, là, j'avais mis de côté les deux bêtes, je ne voyais plus d'animaux, mais comme de la pierre. Puis, là au centre, c'est blanc, comme une ouverture, tu peux y aller, comme une invitation à y rentrer.
III	5 En W	Je trouve ça beau. (rire) C'est comme un rapprochement avec, entre deux personnes? Chaque tache, c'est pareil, c'est, elles sont égales. Mais les taches rouges ne sont pas pareilles. Je vois de la communication moi, dans ça.	Oui, car ils sont comme penchés, moi je verrais ça comme ça là, ici en haut, penché vers une table, puis souriant. L'un en face de l'autre. Là, c'est leurs jambes, ils sont penchés vers la table si on veut. (?) ici, leurs visages, bras, jambes, bassin, mains... (Taches rouges?) Moi, je vois ça comme si elles étaient dans un décor, comme dans un party, une fête, des banderoles, des décorations. C'est, c'est, comment dire, pas des déguisements comme on dit? Ça fait partie de la fête, c'est pas, non c'est pas effrayant.
IV	6 En W	(Rire) Ma première réflexion, c'est de dire que c'est une grosse peau de bête. La tache est bien équilibrée. C'est drôle, je regarde et j'aimerais être protégée par cette peau. Il me semble que je me sentirais bien. (rire) Encore là, je ne suis pas effrayée, je n'ai pas de négatif face à ça.	Oui, oui, l'ensemble. (?) En fait, la tache était sombre, et puis ça ressemble à de la fourrure pour moi. La tâche est équilibrée, c'est comme un manteau qui est ouvert là. Puis ça me faisait penser à.... Je (rire), heu c'est parce que ça me fait penser à mes frères quand ils allaient à la chasse. C'est tellement des bons souvenirs. Après, ça me penser à ça tout de suite, c'est comme une sécurité pour moi, ça là. (Fourrure?) Je sais pas, moi, je vois ça.

N° carte	N° réponse	Association libre	Enquête
IV (suite)			Je trouve que ici, c'est comme si la tache, le dessin, si tu le touches, tu le sens quasiment. C'est plus foncé puis en même temps, y'a quand même des variantes là, il me semble. Il y a comme des petits poils qui dépassent ici, là. Puis ça, c'est comme le collet là.
V	7 En W	(Grimace), ça ressemble un peu à une grosse chauve... chauve-souris? (grimace) J'essaie de trouver qu'est-ce que ça m'inspire... Mais ça me fait penser à quelqu'un qui veut ouvrir ses ailes, hum, s'ouvrir, s'ouvrir. C'est drôle, je ne vois rien d'autre moi. Je ne vois pas de menace là-dedans, non.	Oui, parce qu'il s'étend, il prend de la place, puis c'est correct ça. Ça a l'air d'être bien la chauve-souris, elle se dit, j'suis bien là et j'ai le droit d'être bien là (rire). Je sais pas là, il me semble que....
VI	8 En W	(Rire) J'aime cette... ça me fait penser à un costume qu'un amérindien a déjà porté, que j'ai vu. Surtout les petites plumes en haut, ça me plait beaucoup. Cette image, ça me rappelle un souvenir, un bon souvenir. Peut-être que je devrais voir autre chose, mais c'est ce que je vois. Spontanément, je me sens bien avec cette image-là. C'est tout.	Surtout ça là, en le touchant là, il me semble que je retrouve l'impression que j'avais quand j'ai touché à ce costume là. C'est ça, ça fait appel à mes souvenirs. Parce que j'ai tellement eu une belle relation avec un amérindien micmac que, que pour moi, y'a aucune menace là, dans ce qu'il faisait. J'sais pas, il me semble que, j'ai dû être amérindienne dans une autre vie! (rire) Ça vient me chercher.
VII	9 En W	Ah! Là, c'est, la tâche est plus fluide, plus... ça me fait penser à des danseurs! Encore là, ils sont deux et ça, ça m'amuse. Je vois de la légèreté là-dedans. Les tâches étant moins sombres, on dirait qu'elles respirent mieux, qu'elles sont légères, c'est ça. Ça me plait beaucoup. (rire) En les voyant, en voyant les danseurs, j'aurais le goût de faire la même chose.	Oui, c'est vrai. Parce que si je regarde la légèreté des danseurs, moi, je dirais que c'est ça. Vous allez me dire que c'est pas tout à fait un être humain, mais moi, c'est ça que je vois. Un être humain là, comme s'il était au sommet là qu'il a atteint. Mon dieu, qu'on est bien là. Puis, en regardant davantage, tu vois là, ces deux formes-là, ils ont réussi à dépasser ça pour atteindre ça. C'est une victoire là.

N° carte	N° réponse	Association libre	Enquête
VII (suite)		Par contre, si je regarde la deuxième partie, les parties du centre, je sais pas comment expliquer, on dirait que ça fait comme des visages menaçants. On ne voit qu'un œil, mais ça n'empêche pas la partie du haut de vouloir, pas s'envoler, mais de continuer de... ou peut-être que les danseurs du haut ont traversé ces épreuves-là puis se sentent plus légers. C'est ça, tient, c'est ça. Je vois cela de même. C'est tout. C'est l'ensemble, ceux qui sont arrivés en haut ont réussi à dépasser, à triompher de ces... (touche la planche)	C'est beau, je trouve ça beau. Ils ont réussi à contourner, à combattre, les difficultés de la vie là. Puis ils sont en haut. J'sais pas, c'est ça que j'vois.
VIII	Dd 99	Ah! J'aime les couleurs! (rire) Les deux petites roses de chaque côté me font penser à des ours. Ils ont l'air de s'amuser même si, même s'ils ont une patte vers le bas et l'autre vers le haut. C'est peut-être parce que, ils veulent s'appuyer sur ce qui leur donne la sécurité, sur ce qu'ils ont reçu. Mais en même temps, ils ont l'élan d'aller, de monter, d'aller voir ailleurs. Moi, je vois cela positif, il n'y a aucune menace. Les couleurs sont tellement belles. C'est un dessin inspirant. C'est apaisant aussi, car j'aime beaucoup les animaux. (rire) Ça me fait rêver (rire).	Oui, oui. D'ailleurs, ben c'est peut-être leur vie, c'est beau. Je trouve ça beau qu'il y ait quand même une patte là, car c'est quand même leur racine qui est là, là. Mais, ils savent. Ça me fait penser un peu, quand je suis partie de mon village pour venir en ville. Il fallait que je fasse ma vie, j'étais responsable de... ça, des fois j'étais capable de me rattacher là, mais je suis monté jusque-là. (?) C'est, moi j'aime bien surtout ces deux formes rosées là. Ils sont agrippés là, en même temps ils se tiennent là, ils continuent. C'est ça là.
IX	11 En D12	(grimace) Ça me fait penser à un cirque où les deux taches orange du haut font des jeux de saltimbanques qu'on dit? Je sais plus... C'est comme s'ils s'amusaient. Par contre, je, je, ça, la grande barre? (Grimace, rire). Pourquoi c'est là? Les deux taches vertes me donnent l'impression de... c'est ambivalent dans le sens qu'ils sont là pour soutenir leurs amis de couleur orange puis en même temps, ils veulent les retenir? (fais signe de tirer vers le bas) C'est tout ce que je vois.	Oui, on voit ici, partout ici. Ils ont les bras là, c'est comme s'ils s'ouvraient là. De l'autre côté, ici c'est la même chose. Les deux formes vertes semblent soutenir et à la fois retenir. Je pourrais pas rien ajouter là.

N° carte	N° réponse	Association libre	Enquête
X	12 En W	Ah! (rire) C'est une vraie jungle là!	Oui, car il y avait beaucoup de taches différentes comme un méli-mélo dans un appartement où il y a beaucoup de choses à l'envers, c'est une image.
	13 En W	J'aurais tenté de dire, en voyant toutes les sortes de taches que ce doit être ça, le cancer de ma belle-sœur. C'est effrayant, mais c'est ça que ça m'inspire là. Les taches représentent pour moi des bibittes? Bibittes qui s'attaquent toutes les unes aux autres. C'est juste ça que je vois.	Oui, tout ça, puis les bleus, là, ils ont l'air méchant, elles ont l'air méchantes. Mais par contre, en regardant bien, là, les deux roses réunies au centre, c'est comme si elles se disaient, ben nous autres, on va se soutenir ensemble là, puis on va se soutenir et combattre. C'est possible de combattre le cancer. On vit avec, mais on dirait qu'il y a un peu d'espoir là, au centre.
	14 En D1	D'autant plus que les deux taches bleues, de chaque côté, ont presque la forme de... d'un cancer là, d'une bibitte qu'on voit sur le bord de la mer, un mollusque là, comment on appelle ça? Je ne trouve pas le mot, mais c'est comme dans les signes du zodiaque, c'est représenté par un cancer. Un crabe, oui c'est ça avec des pattes.	Là, c'est le crabe dans le fond là. (?) Pour dire que c'était le crabe? C'est la forme, d'abord, il a comme une carapace. Puis les pattes là, et là, ça. Puis, c'est drôle, on dirait un œil là. Puis, ils ont l'air méchant. C'est vrai là, plus tu regardes, tabarnouche. Oui, ils ont l'air méchant. C'est la première fois, de tous les dessins, c'est celui-là qui me... Par contre, non. En les regardant davantage, ça nous fait peur, mais en même temps, ça nous fait mettre une image sur le fameux mot qu'on ne veut pas dire. Puis c'est rassurant, oui ça me rassure là.
	13 suite	Par contre, en regardant bien, les deux taches centrales roses se rejoignent avec les deux petites taches bleues. Et c'est drôle, mais moi, je vois un effort pour se soutenir ensemble, pour combattre. Y'a de l'espoir, oui, oui. C'est tout.	

